

*Universidade Federal de Santa Catarina
Centro Sócio-Econômico
Departamento de Serviço Social*

**A DESOSPITALIZAÇÃO E OS IMPASSES DA REINTEGRAÇÃO
SOCIAL: UM ESTUDO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS/SC.**

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 12/02/2004

GISELLI DANDOLINI BONASSA

Teresa Kleba Lisboa
Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

Florianópolis, 2003.

GISELLI DANDOLINI BONASSA

**A DESOSPITALIZAÇÃO E OS IMPASSES DA REINTEGRAÇÃO
SOCIAL: UM ESTUDO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS/SC.**

**FLORIANÓPOLIS
2003**

GISELLI DANDOLINI BONASSA

**A DESOSPITALIZAÇÃO E OS IMPASSES DA REINTEGRAÇÃO
SOCIAL: UM ESTUDO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E
TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE FLORIANÓPOLIS/SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina –
UFSC, para obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, orientado pela professora Dr^a
Vera Maria Ribeiro Nogueira.

**FLORIANÓPOLIS
2003**

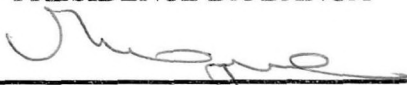
GISELLI DANDOLINI BONASSA

**A DESOSPITALIZAÇÃO E OS IMPASSES DA REINTEGRAÇÃO SOCIAL: UM
ESTUDO NO HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO DE
FLORIANÓPOLIS/SC.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da
Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, para obtenção do título de Bacharel em
Serviço Social, orientado pela professora Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira.

BANCA EXAMINADORA

PRESIDENTE DA BANCA



Dr^a Vera Maria Ribeiro Nogueira, professora do Departamento de Serviço Social da UFSC

1º EXAMINADOR



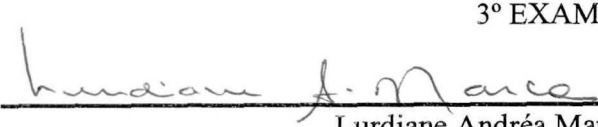
Dr. Jonas Salomão Spricigo, professor do Departamento de Enfermagem da UFSC

2º EXAMINADOR



Maria Sirene Cordioli, Assistente Social do HCTP/SC

3º EXAMINADOR



Lurdiane Andréa Marca, Assistente Social

Florianópolis, 12 de fevereiro de 2004.

Aos meus pais, Rubens e Helena, pelo sacrifício que fizeram em prol de minha educação, pela amizade, pelo amor e pela confiança que me atribuíram.

Aos meus irmãos, Fernando e Mariana, pela união e apoio, torcendo sempre pelo meu sucesso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, antes de tudo, a Deus que guiou meu caminho até este momento.

À professora Vera, que desde o início de minha formação acompanhou meu crescimento acadêmico como tutora do Programa Especial de Treinamento – PET, mostrando-se companheira e interessada em meu sucesso acadêmico e pessoal.

À assistente social Maria Sirene Cordioli, que me abriu os caminhos para atuação profissional.

Às amigas que me apoiaram ao longo de toda a graduação, umas mais presentes que outras, mas todas sempre demonstrando seu apreço. As colegas de classe, conquista de quatro anos de convívio, que de forma indireta trouxeram contribuições ao meu trabalho.

Ao Marcelo, companhia nos últimos meses, que me apoiou em todas as fases da realização deste trabalho, mostrando-se sempre presente.

A todos que, de uma forma ou de outra, contribuíram para meu crescimento, muito obrigada!

RESUMO

O objetivo geral do Trabalho de Conclusão de Curso - TCC é analisar os fatores que levam o portador de transtorno mental desospitalizado do HCTP de Santa Catarina a posterior reinternação, tendo como categorias de análise: contexto judicial, família, trabalho como direito e trabalho social, e habitat humano. Diante dos objetivos do trabalho, utilizou-se para a coleta de dados empíricos: os prontuários médicos, jurídicos e sociais, bem como entrevistas em profundidade com cinco internos do HCTP e três grupos familiares dos sujeitos referidos. No primeiro capítulo contextualizou-se as práticas judiciais, dando ênfase aos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátricos - HCTP. Já no segundo capítulo, abordou-se os aspectos enfrentados para reintegração social dos sujeitos desospitalizados de instituições psiquiátricas fechadas. O terceiro e último capítulo traz os resultados da análise de cinco histórias de vida de internos do HCTP de Florianópolis/SC, no período compreendido entre sua última liberação judicial e seu posterior retorno à instituição referida. Observou-se, através desta pesquisa, que os internos do HCTP passam pelas mesmas dificuldades descritas na literatura pesquisada, diferenciando-se de outros portadores de transtorno mental pela peculiaridade de terem cometido crimes e, por isso, serem considerados mais perigosos. Tal fator contribui para o maior preconceito e estigmas, dificultando ainda mais sua reintegração social.

Palavras-chave: saúde mental; desospitalização; institucionalização; inimputabilidade.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1-AS PRATICAS JUDICIAIS NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO	19
1.1-Os aspectos prisionais	24
1.1.1-A Medida de Segurança	25
1.2- Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC	29
2-A REINTEGRAÇÃO SOCIAL E SEUS ASPECTOS	33
2.1-A família do portador de transtorno mental e o provimento de cuidado	38
2.2- O trabalho	44
2.2.1-O trabalho como valor social	44
2.2.2- O direito ao trabalho e a inserção do portador de transtorno mental	46
2.3-Habitat: meio em que vive o portador de transtorno mental	49
2.3.1-Complicações decorrentes do uso abusivo de substâncias químicas	52
3-MÉTODO	54
4-RESULTADOS	59
4.1- Relacionamentos familiares e afetivos	60
4.2- Trabalho: direito e socialização	65
4.3-Habitat	66
4.4-Transtorno mental: reconhecimento e implicações	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

INTRODUÇÃO

Usualmente a *doença mental* é entendida como a manifestação do irreal, desconhecido e, portanto, com significações negativas atribuídas pelo senso comum. Como consequência, o portador trás consigo o rótulo de indesejável, imprevisível e por isso deve ser tratado a distância, longe do convívio social. Essa afirmação acentua a percepção mítica de que a pessoa portadora de sofrimento psíquico tem, muitas vezes, sua conduta relacionada com a incapacidade civil e a periculosidade. Seria, por decorrência, inadaptada para o trabalho e, sobretudo perigosa. Loyello reconhece, neste sentido, que a percepção de *doente mental*

[...] se confunde cada dia mais com o de *desviado, inadaptado, marginalizado*. A normalidade é aferida através da adaptação ao processo produtivo. Surge mais um mediador do *normal*: o produzir. Produzir para manter o equilíbrio social: enquanto a pessoa tem uma participação social produtiva ela é útil e normal; no momento em que afasta-se desse processo, o modo como é vista já se modifica. O pensar e o agir do doente mental passam a ser condicionados pelo que os outros delimitam. (LOYELLO, 1983, p. 68).

A concepção de adaptabilidade para a ação laboral, especialmente nas sociedades capitalistas que têm como primado o próprio trabalho, irá determinar quais categorias de indivíduos receberão cuidados e farão parte do sistema de atenção. Segundo Pitta,

[...] serão mais rejeitados os que revelarem uma absoluta inaptidão para o trabalho, já que, no horizonte de expectativas, a inserção no mercado formal ou informal de trabalho entra como indicador positivo em quase todos os projetos de cuidados. (PITTA, 2001, p. 24).

A sociedade, principal determinante da normalidade, é a que define, de acordo com suas expectativas sociais, as variáveis relacionadas ao pensamento e comportamento dos indivíduos. Em concordância, Loyello acrescenta que “uma vez que os sintomas de

enfermidade mental são sempre oponentes à norma social, é a sociedade que determina os limites da loucura”. (LOYELLO, 1983, p. 68). Qualquer conduta fora do padrão ou *distúrbio mental* é, portanto, suficiente para estigmatizar e isolar o diferente.

Como decorrência do estabelecimento de um espaço específico para o enclausuramento destes personagens inconvenientes, surgem as instituições psiquiátricas enquadradas no que Goffman denomina de “Instituições Totais”. O autor as define como “local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada”. (GOFFMAN, 1974, p. 11).

Também nesta perspectiva, Teixeira aponta o duplo papel das instituições psiquiátricas:

[...] retirar do espaço público os indesejáveis que perturbam, fundamentalmente o espaço urbano, e também, o de encontrar, experimentalmente, métodos terapêuticos próprios, ou seja, tentar curar a loucura. (TEIXEIRA, 1993, p. 19).

Ainda hoje, o modelo médico clássico é predominante nas grandes instituições psiquiátricas. É caracterizado pela restrição de espaços de atenção à saúde mental, sendo o principal recurso a hospitalização. Centra as estratégias terapêuticas no indivíduo, isolado do contexto familiar e social e, em primeira instância, tem o diagnóstico médico como base para qualquer atendimento ao sujeito acometido pelo sofrimento psíquico. (AMARANTE, 1995).

A psiquiatrização da loucura determinou, portanto, um novo “*status* jurídico, social e civil para os loucos”, tornado-os pessoas tuteladas pela psiquiatria. (ROSA, 2002, p. 140).

Outrossim, a caracterização do *louco* enquanto personagem de risco social, “inaugura a institucionalização da loucura pela medicina e a ordenação do espaço

hospitalar por esta categoria profissional”. (AMARANTE, 1995, p. 24). Contribui para isso, a associação entre medicina e justiça que caracteriza, ainda mais, o processo de institucionalização da *doença mental* como punição, ou seja, pune àqueles que trata. Delgado confirma esta perspectiva, apontando o duplo movimento de institucionalização: “psiquiatrização do crime e criminalização da loucura”. (DELGADO, 1990, p. 58).

A construção desse novo lugar para a *loucura* e a forma de percebê-la, não só como desrazão, mas também como violência, arbitrou o afastamento do *louco* do convívio social e a suspensão dos seus direitos de cidadania.

Outra forma de conceber a *loucura* apresenta-se a partir de sua subalternidade social. A exclusão do *louco*, por consequência, decorre muitas vezes, de seu lugar social e não de sua patologia. São, em sua maioria, pessoas sem trabalho fixo e especializado, sem recursos e, “que perderam seus vínculos sociais e sua identidade e que tem como agravante a pobreza urbana”. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002, p. 107).

A longa permanência em hospitais psiquiátricos e, em consequência, a cronificação da *doença mental*, favorecem a vulnerabilidade do portador de transtorno mental que vivencia a organização institucional de forma asilar. Entre elas está a dimensão sócio-familiar, caracterizada pela fragilidade e precariedade em suas relações, decorrentes da escassez de recursos econômicos, da própria percepção de incurabilidade e periculosidade atribuídos ao *louco* e, ainda, da dificuldade em despender cuidados mais adequados.

Outro fator é o afastamento do mercado de trabalho, agravado pela não qualificação enquanto permanece internado, ocasionando descompasso entre as exigências do mercado e o que o sujeito pode oferecer no momento de seu reingresso. Tal afastamento traz como consequência o sentimento de inutilidade social, já que o contrário é conquistado através do caráter socializante do trabalho.

A institucionalização provoca, ainda, outros danos, identificados por Barton como:

- perda do contato com a realidade externa;
- ócio forçado;
- submissão a atitudes autoritárias de médicos e restante de pessoal técnico;
- perda de amigos e propriedades;
- sedação medicamentosa;
- perda de perspectivas de vida fora da instituição. (BARTON *apud* DELGADO,

1990).

Quanto mais prolongado é o tempo em que o *doente* vive em instituições totais, o que acontece em diferentes momentos de sua vida, mais difícil torna-se para o interno vislumbrar perspectivas fora da instituição. As possibilidades de encontrar um lar, um trabalho e refazer seus vínculos afetivos vão diminuindo rapidamente. À medida que o tempo de internação se prolonga, aumenta o desestímulo a fazer novos projetos extra-hospitalares, o que pode levar o indivíduo a preferir a vida institucional.

Segundo Birman e Costa (1994, p. 41-72), em virtude das dificuldades encontradas no modelo hospitalocêntrico para curar a *loucura*, a psiquiatria clássica veio desenvolvendo uma crise teórico-prática, centrada na mudança de seu objeto de estudo que passa a ser a promoção da saúde mental e não mais o tratamento da *doença mental*. Estes autores apontam dois momentos de redirecionamento do campo teórico-assistencial da psiquiatria, no caminho de superação do modelo clássico.

O primeiro momento caracteriza-se por um processo de crítica à estrutura asilar, responsável pelos altos índices de cronificação. O cerne deste processo está na crença de que o manicômio é uma “instituição de cura”, contrapondo-se, entretanto, ao isolamento total. Representantes deste pensamento são as Comunidades Terapêuticas surgidas nos Estados Unidos da América e Inglaterra e a Psiquiatria Institucional na França.

O segundo período caracteriza-se pela extensão da psiquiatria ao espaço público, no sentido de prevenir e promover a saúde mental. Este momento é representado pela Psiquiatria de Setor surgida na França e Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos da América.

Em ambos os períodos a centralidade está na reforma do modelo psiquiátrico, haja vista acreditarem na instituição psiquiátrica como *locus* de tratamento e na psiquiatria enquanto saber competente. Em outras vertentes, no entanto, as críticas são voltadas à própria instituição psiquiátrica e ao saber/prática psiquiátricos. A Antipsiquiatria surgida na Inglaterra e a Psiquiatria Democrática na Itália são exemplos desta corrente.

Estes enfoques acerca da reestruturação do modelo de atenção dispensado ao *doente mental*, discutidos em vários países repercutem, no Brasil, no final da década de setenta.

Após um longo período de repressão aberta do regime militar, assiste-se à emergência de inúmeros movimentos sociais no país. Dentre eles, inicia-se, em 1978, o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental - MTSM, que constitui-se num espaço de discussão e formulação de propostas para a assistência psiquiátrica. O Movimento expressa as insatisfações dos trabalhadores de saúde mental e também de outros segmentos sociais preocupados com as condições sub-humanas na qual encontravam-se os pacientes internados em hospitais psiquiátricos. Dele participam, portanto, profissionais do setor, pessoas e entidades que se identificavam com a luta empreendida, familiares e simpatizantes, culminando no movimento de Reforma Psiquiátrica. (AMARANTE, 1995).

Entre os objetivos deste período destacam-se inicialmente a denúncia e a mobilização pela humanização dos hospitais psiquiátricos para melhorar as condições de tratamento nos hospitais e as primeiras reivindicações pela expansão de serviços ambulatoriais em saúde mental. (VASCONCELOS, 2000).

No decorrer da década de oitenta o movimento ganha força, sendo marcado pela expansão do Modelo Sanitarista.¹ Este período destaca-se pela defesa de ações regionalizadas em saúde mental, expansão da rede ambulatorial e restrição às internações.

No final da década de 1980 e início de 1990, inspirados pelo Movimento de Psiquiatria Democrática na Itália, o MTSM coloca em xeque o hospital psiquiátrico convencional como dispositivo terapêutico e direciona a luta pela implementação de serviços efetivamente substitutivos às instituições psiquiátricas convencionais. É neste período que se assiste as primeiras iniciativas oficiais em defesa do *doente mental*.

Destacam-se: o lançamento, em 1989, do Projeto de Lei Paulo Delgado, propondo a extinção e a substituição gradativa dos serviços do tipo manicomial; a realização da Conferência de Caracas em 1990, que cria um consenso entre os governos latino-americanos em torno da nova plataforma de reforma psiquiátrica e o amplo processo de discussão da nova estratégia em nível municipal, estadual e federal. Esta culmina na II Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada no final do ano de 1992, abrindo um novo espaço para consolidação da reforma psiquiátrica no país.

Houve, também neste período, um grande avanço de núcleos ligados ao movimento de luta antimanicomial e o aumento expressivo do número de organizações de usuários e familiares participando de discussões em congressos e encontros por todo país.

Contudo, a ampliação e consolidação de uma política neoliberal por volta de 1995, dificulta maiores aprofundamentos na reivindicação e discussão da Reforma Psiquiátrica. Ainda assim, alguns avanços significativos foram conquistados, como a legislação federal de Cooperativas Sociais Nº 9.867, para inclusão no trabalho de

¹ Sistema regionalizado, integrado e hierarquizado de saúde. (VASCONCELOS, 2000).

indivíduos dependentes e a Portaria do Ministério da Saúde Nº 224 sobre serviços extra-hospitalares e regulamentação dos demais serviços em saúde mental.²

A principal conquista foi a aprovação, após doze anos de tramitação no Congresso Brasileiro, da Lei Nº 10.216, de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. A reorientação passa por uma reestruturação do modelo vigente, objetivando ampliar a rede de atenção extra-hospitalar, abrir mais leitos para internações breves em hospitais gerais, qualificar e fiscalizar os hospitais psiquiátricos atualmente existentes, dar seguimento às regras da vigilância sanitária, prover equipe multiprofissional, ausência de celas fortes e/ou espaços restritivos, existência de projetos terapêuticos, e demais dispositivos que garantam a melhoria da qualidade assistencial.

Contribui, também, para reinserção social do indivíduo desinternado após longa permanência em instituição psiquiátrica, o Programa de Volta para Casa, ainda em fase de regulamentação, apoiado pela Lei Nº 10.708, sancionada em 31 de julho de 2003. Esta institui auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.³

Apesar do avanço legislativo são tímidas as ações na direção do cuidado ao portador de transtorno mental na comunidade, sendo freqüente encontrar pessoas que têm como suas residências as instituições fechadas. Estas, muitas vezes, no momento de sua saída, defrontam-se com o isolamento afetivo e social e inúmeras outras dificuldades para desempenhar ações condizentes com seus limites e possibilidades. (PITTA, 2001).

² Lei de Cooperativas Sociais (1999) dispõe sobre a participação de portadores de deficiências físicas e mentais em trabalhos cooperativos. Portaria Nº 224 (1992) regulamenta as normas mínimas para os serviços de saúde mental. Estabelece diretrizes de atendimento ambulatorial – unidade básica, centro de saúde, ambulatórios NAPS/CAPS e para atendimento hospitalar – hospital dia/noite, serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em psiquiatria.

Em decorrência, é elevado o número de indivíduos, que por estas dificuldades, não conseguem conviver no meio externo, junto à sociedade, retornando às instituições de origem e/ou outras com características semelhantes. Não raro defronta-se com pacientes que vivenciam a instituição por longos anos, durante vários momentos de sua história, num ir e vir constantes.

Um cenário mais sombrio revela-se nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP que, principalmente, por serem unidades psiquiátricas forense, têm sua inserção na atual política de saúde mental em defasagem, se comparado às demais instituições psiquiátricas. Sua característica penal, representada pelo cumprimento de Medida de Segurança que podem variar de 1 a 3 anos, determina, por sua natureza, a obrigatoriedade de longas internações. Sobre este assunto, Tavares ressalta

[...] que dentro das regras legais atuais as medidas de segurança não tem limite máximo, ou seja, poderiam, por hipótese, perdurar por toda a vida das pessoas a elas submetidas, sempre que não advenha uma perícia indicativa da cessação de periculosidade do submetido. (TAVARES, 2002, p. [...]).

Aspectos deste referencial foram percebidos no **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina**, antigo Manicômio Judiciário, durante dois anos de estágio. O HCTP é instituição pública, criada pela Lei N° 4.559 no ano de 1971 e integra o sistema penal do Estado de Santa Catarina.

Pôde-se observar que os internos da instituição freqüentemente regressam para novas internações, num período inferior a um ano. Período este que o sujeito ainda mantém um vínculo judicial com a instituição. Tavares esclarece que “a desinternação, ou liberação, será sempre condicional, devendo ser restabelecida a situação anterior se o

³ Para maior aprofundamento acerca do processo de Reforma Psiquiátrica e sua implementação ver: MARCA, L. A. Política de Saúde Mental - um estudo de caso no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, SC.

agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato de persistência de sua periculosidade”. (TAVARES, 2002, p. [...]).

As inquietações frente a esta situação foram surgindo durante o período de estágio e podem ser sintetizadas nas questões seguintes: *Quais as dificuldades encontradas pelos internos do HCTP ao retornarem ao convívio social? O que propicia seu retorno ao HCTP em tão pouco tempo? A realidade vivenciada pelo interno do HCTP é a mesma que de outros portadores de transtorno mental institucionalizados?*

Leva-se em conta, também, que a participação do Serviço Social, na área da saúde mental, insere-se às equipes de saúde, realizando um trabalho voltado à manutenção e ao resgate da cidadania e dos vínculos sócio-familiares, na direção de incentivar a reintegração social dos portadores de transtornos mentais. Neste sentido, procura, com os demais profissionais, democratizar as informações e desmistificar a *loucura*, sendo estas umas das principais razões para o desenvolvimento do trabalho em questão.

Em virtude desta realidade, definiu-se como objetivo geral, analisar os fatores que levam o portador de transtorno mental desospitalizado do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina a posterior reinternação. Para tanto, fez-se necessário fracionar o objetivo maior em específicos, a saber: 1) resgatar o processo de desospitalização do portador de transtorno mental do HCTP, apontando os possíveis fatores que contribuem para sua reinternação e 2) identificar o processo de reintegração sócio-comunitária e familiar dos internos do HCTP, durante o período que se encontram vinculados judicialmente à instituição.

Diante dos objetivos do trabalho, utilizou-se para a coleta de dados empíricos à análise documental dos prontuários médicos, jurídicos e sociais e a história de vida de

cinco internos no intervalo compreendido entre a última cessação de periculosidade⁴ e a reinternação ao HCTP, ocorrida no decurso de até um ano. Estipulou-se o tempo máximo de um ano devido ser o período em que o indivíduo fica sob regime condicional com a instituição, podendo ser internado novamente, a qualquer tempo, caso não cumpra as determinações legais estabelecidas no momento de sua saída.

Considerou-se necessário, para melhor apreensão dos objetivos, uma caracterização mais detalhada do processo de retorno à situação sócio-familiar e cultural dos *doentes mentais* que subsidiasse a análise e permitisse identificar a sua situação de desospitalização. Para tanto, se estabeleceu categorias de análise já configuradas pela literatura sobre a questão, especialmente as citadas por Saraceno (2001): rede social, trabalho com valor social e habitat. A partir destas, configurou-se as relações familiares como primeira instância da rede social e incluiu-se, além das já citadas categorias, o contexto judicial e o trabalho como direito.

A exposição do trabalho procurou responder as questões norteadoras, sendo que o primeiro capítulo intitulado: *As práticas judiciais nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico* tratou dos aspectos prisionais contidos nas práticas judiciais e seus aparelhos de controle, com ênfase nos Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico. Em seguida, caracterizou-se a instituição alvo da pesquisa, no sentido de situar o leitor no campo de análise.

O segundo capítulo, *Reintegração social e seus aspectos*, traz os aspectos relacionados à integração social dos portadores de transtorno mental e suas implicações. Ambos os capítulos tem a intenção de esclarecer o contexto em que está situado o *doente mental* infrator, bem como os estigmas e dificuldades que encontra para reinserir-se na sociedade.

⁴ A cessação de periculosidade é expedida através de um laudo psiquiátrico que estabelece se o

O terceiro e último capítulo apresenta os resultados da análise da história de vida dos cinco internos, do período compreendido entre a última liberação e posterior reinternação na instituição referida, de modo a clarear o processo de desospitalização e retorno social por qual passam, assim como as dificuldades que enfrentam e que ocasionam novas internações.

Por fim, faz-se as considerações finais, apontando para interferência do contexto social, bem como os mecanismos de controle sociais em que estes sujeitos estão inseridos, como possíveis fatores propiciadores do ir e vir institucional.

1-AS PRÁTICAS JUDICIAIS NOS HOSPITAIS DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSQUIÁTRICO

A história das práticas sociais ao longo dos tempos produziu, de certa forma, alguns domínios do saber. Um deles está presente nas práticas judiciais e seus aparelhos de controle, dentre eles a instituição prisional.

No século XIX observa-se a presença marcante de “um certo saber do homem, da individualidade, do indivíduo normal e anormal, dentro ou fora da regra, saber este que, na verdade, nasceu das práticas sociais de controle e de vigilância”. (FOUCAULT, 2002 *apud* CARVALHO; RIBEIRO; COSTA; BANDEIRA; PEREIRA, 2003, p. 80).

Neste período a punição corpórea perde a centralidade na repressão penal, surgindo formas sutis de punição, caracterizada pelo aprisionamento da mente, de forma a prevenir o cometimento de novos delitos. (CARVALHO; RIBEIRO; COSTA; BANDEIRA; PEREIRA, 2003, p. 80).

De acordo com os autores citados constrói-se, assim, a teoria penal da periculosidade⁵ e, em decorrência, surgem novas formas de análise sobre o homem, em especial o homem que cometeu delito. Essa procura entender a personalidade do indivíduo, de modo a detectar e corrigir seu comportamento. É, portanto, no século XIX que se aplicam, nos espaços de exclusão, as tecnologias de uma sociedade disciplinar: vigilância, norma e exame. (NASCIMENTO, 2000).

Para Foucault a “vigilância hierárquica” é um exercício da disciplina que crê

[...] um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam. (FOUCAULT, 1995, p. 153).

⁵ Capacidade de alguém cometer um dano a si mesmo ou a outros ou então infringir um dano a algo que os legisladores consideram que deveria ser protegido. (COHEN, 1996). Ou seja, probabilidade em cometer novos atos violentos e delituosos.

Dois aspectos da vigilância podem ser observados. Por um lado mostra-se como um procedimento indiscreto, controla tudo e todos continuamente, inclusive os próprios encarregados do controle. Por outro lado é absolutamente discreto, porque funciona constantemente e de forma silenciosa. (FOUCAULT, 1995).

Do mesmo modo, o autor define a “sanção normatizadora” como um mecanismo penal reduzido, do grande sistema disciplinar, onde se definem as leis próprias, especificam-se os delitos e, por consequência, suas formas de sanção e instâncias de julgamento. Ou seja, “trata-se ao mesmo tempo de tornar penalizáveis as frações mais tênues da conduta, e de dar uma função punitiva aos elementos aparentemente indiferentes do aparelho disciplinar [...]”. (FOUCAULT, 1995, p. 159).

Outro aspecto é a redução dos desvios através do castigo, que devem ser essencialmente corretivos, de modo a causar arrependimento no sentenciado. O mecanismo de punir é para Foucault “a penalidade perpétua, que atravessa todos os pontos e controla todos os instantes das instituições disciplinares, compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui. Em uma palavra, ela normatiza”. (FOUCAULT, 1995, p. 163).

O último elemento, o “exame”, é um misto das técnicas da hierarquia que vigia e da sanção que normaliza. Segundo Foucault “é um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados”. (FOUCAULT, 1995, p. 164).

A sociedade disciplinar caracteriza-se, portanto, pela disciplina do corpo no sentido de se obter corpos dóceis e submissos. Foucault assim a entende como uma modalidade que

[...] implica numa coerção ininterrupta, constante, que vela sobre os processos da atividade mais que sobre seu resultado e se exerce de acordo com uma codificação que esquadrinha ao máximo o tempo, o espaço, os movimentos [...]. (FOUCAULT, 1995, p. 126).

Surge, deste modo, a prisão cuja função é, além de privar o indivíduo da liberdade, controlá-lo ao nível de sua periculosidade. (NASCIMENTO, 2000). Foucault traz, neste sentido, dois elementos constitutivos da prisão: a privação da liberdade que estabelece equivalências quantitativas/temporal entre delitos e duração da pena; e a transformação dos indivíduos, entendida como correção. Complementa que

A prisão [...] foi desde o início uma detenção legal encarregada de um suplemento corretivo, ou ainda uma empresa de modificação dos indivíduos que a privação de liberdade permite fazer funcionar no sistema legal. Em suma, o encarceramento penal, desde o início do século XIX, recobriu ao mesmo tempo a privação de liberdade e a transformação técnica dos indivíduos. (FOUCAULT, 1995, p. 209).

A prisão configura-se, então, pela privação de liberdade, quando o condenado ao pagar sua pena, está reparando seu dano à sociedade. Ainda, a prisão, é um espaço de transformação do indivíduo que será devolvido já modificado ao meio social. Neste sentido Nascimento considera que

A privação da liberdade pressupõe uma recodificação da existência. O indivíduo é encarcerado para passar por um processo de transformação através do trabalho, que o retira da ociosidade funesta que o levou ao crime. E o isolamento possibilita ao indivíduo, na mais completa solidão, consigo mesmo refletir sobre seus erros e defeitos, inevitavelmente sentir remorso e se transformar. (NASCIMENTO, 2000, p. 42).

Foucault (1995) enumera três princípios da prisão que melhor definem sua organização: isolamento, trabalho e instrumento de modelação da pena. O primeiro refere-se a individualidade da pena, bem como seu caráter individualizante, ou seja enquanto o sujeito é isolado do mundo externo e de outros condenados durante cumprimento de sua pena, de forma a evitar complôs e revoltas, tem na solidão o instrumento positivo de sua reforma, pois reflete e sente remorso e, em decorrência, se arrepende do ato que cometeu.

Foucault pronuncia-se sobre o trabalho encarcerado enfatizando que

É um princípio de ordens e de regularidade; pelas exigências que lhe são próprias, veicula, de maneira insensível, as formas de um poder rigoroso; sujeita os corpos a movimentos regulares, exclui a agitação e a distração, impõe uma hierarquia e uma vigilância que serão ainda mais bem aceitas, e penetrarão ainda mais profundamente no comportamento dos condenados [...]. (FOUCAULT, 1995, p. 216).

O último elemento refere-se a extensão da pena que deve ajustar-se à “transformação útil” do detento, de acordo com sua conduta. Seu tempo deve ter uma meta prefixada, podendo ser alterada conforme comportamento do apenado. (FOUCAULT, 1995).

Em suma, o aparelho carcerário embasa-se, segundo Foucault, em três grandes esquemas: “o esquema político-moral do isolamento individual e da hierarquia; o modelo econômico da força aplicada a um trabalho obrigatório; o modelo técnico-médico da cura e da normalização. A cela, a oficina, o hospital”. (FOUCAULT, 1995, p. 234).

No entanto, a prisão, em sua realidade e efeitos, apresenta-se como um “grande fracasso da justiça penal” (FOUCAULT, 1995, p. 234). O referido autor cita algumas formulações, até então atuais, sobre o assunto:

- a prisão não diminui a taxa de criminalidade, ao contrário pode transformá-la ou aumentá-la;
- a detenção provoca a reincidência;
- a prisão fabrica delinquentes.

Sobre isso, o autor melhor esclarece ao dizer que

As condições dadas aos detentos libertados condenam-os fatalmente à reincidência: porque estão sob a vigilância da polícia; porque tem designação de domicílio, ou proibição de permanência; porque só saem da prisão com um passaporte que tem que mostrar em todo lugar onde vão e que menciona a condenação que sofreram. [...] A prisão fabrica indiretamente delinquentes, ao fazer cair na miséria a família do detento: a mesma ordem que manda para a prisão o chefe de família reduz cada dia a mãe à penúria, os filhos ao abandono [...]. Sob esse ponto de vista o crime ameaça prolongar-se. (FOUCAULT, 1995, p. 236).

Nascimento acrescenta que no sistema penitenciário atual as medidas repressivas, lançadas ao longo dos séculos XVIII e XIX, continuam a ser reproduzidas, isto é, reproduz-se a vigilância, a sanção normatizadora e o exame que procuram corrigir os indivíduos que não se adaptam às normas sociais.

No Brasil esta realidade não é diferente, sendo muitos dos elementos citados ao longo deste texto presentes no sistema penal vigente. Na atualidade o modelo para o cumprimento de pena adotado no país é o progressivo: a pena inicia num determinado regime e de acordo com o tempo e conduta do apenado, vai progredindo para regimes menos rigorosos. Este modelo é introduzido pela Lei de Execuções Penais (LEP - Nº 7.210), elaborada em 1984, mesmo ano da revisão do Código Penal Brasileiro (Lei Nº 7.209 que altera dispositivos do Decreto Lei Nº 2.848 de 1940) e tem por objetivo uma reintegração gradual do apenado à sociedade.

Inicia-se, normalmente, em regime fechado, passa para o semi-aberto e posteriormente para o regime aberto. Nos casos de penas de dois ou mais anos pode-se obter o livramento condicional. Nascimento (2000) complementa ao relatar que em modelos de penas progressivas, há o princípio de individualização da pena, onde cada recluso é examinado em suas virtualidades, com finalidade de averiguar se o mesmo apresenta condições de passar sua pena para um regime mais ameno, observando se este oferece possibilidade de cometer novo delito, se é digno de confiança e se houve algum tipo de recuperação.

Tal princípio é assegurado pelo Código Penal (1999), através do Exame Criminológico que objetiva, no início da pena, conhecer a personalidade do *criminoso* e assim orientar a execução da pena ou da Medida de Segurança (imposta quando o indivíduo é considerado inimputável ou semi-inimputável). No final da sentença seu

objetivo é presumir se o apenado voltará ou não a delinquir. Já no decorrer do seu cumprimento, verificar a possibilidade de mudança de regime, obedecendo a progressão.

Segundo Farias Júnior (*apud* TAVARES, 2002), o sistema penal brasileiro engloba o conjunto de todas as *prisões*, abrangendo as áreas privativas de liberdade das delegacias de polícia (locais para encarcerar presos em flagrante delito); presídios (que recebem presos por ordem judicial enquanto aguardam sentença); penitenciárias estaduais (responsáveis pela custódia de presos já sentenciados pela justiça); e os hospitais de custódia (que recebem sentenciados com medida de segurança e presos comuns que necessitem de tratamento psiquiátrico). De acordo com o citado autor, todas, sem exceção, podem ser chamadas de *prisão*, entendida como espaço degradante e perverso.

1.1-Os aspectos prisionais

A relação entre psiquiatria e justiça penal, mostra-se forte, em meados do século XIX, ao associar “irracionalidade” ao “ato delinqüente”. Ou seja, na impossibilidade de identificar um motivo racional para o crime, a lógica punitiva da época, baseada no livre-arbítrio, fica sob questão. Dentro deste contexto, a reclusão do louco infrator, no sentido de tratá-lo e mantê-lo isolado enquanto permanece sua periculosidade, começa a sobrepor-se em relação ao isolamento em asilos de alienados. A identificação da loucura nestes casos funciona de certa maneira como um impeditivo à aplicação das sanções penais, haja vista falta de responsabilidade do indivíduo pelo ato praticado. (PERES, 1997).

Começa a surgir, então, no discurso médico a necessidade de construir manicômios específicos para os loucos infratores, apontando para um movimento, surgido também no Brasil em 1870, de retirada dos mesmos do âmbito especificamente médico. Em 1903, ano de publicação da primeira legislação psiquiátrica brasileira, encontra-se nesta, a orientação

para construção de manicômios criminais ou alas específicas em hospitais psiquiátricos gerais para estes indivíduos. Somente em 1921 é construído, no Rio de Janeiro o primeiro Manicômio Criminal, recolhendo todos aqueles que eram considerados incapazes de entender a gravidade do ato cometido.

Peres observa, neste mecanismo, a importância destinada à noção de responsabilidade penal e suas implicações legais. Fala que

[...] a responsabilidade penal refere-se à obrigação de sofrer castigo pelo crime cometido, a qual, por sua vez, depende da culpabilidade, que refere-se à intenção de delinquir, e a imputabilidade, que estabelece a relação causal entre o sujeito e o ato penal. (PERES, 1997, p. [...]).

No entanto, nos crimes decorrentes da loucura, esses elementos, fundamentais para aplicação da pena, estão ausentes, impedindo sua sanção.

Os manicômios judiciários, atualmente nominados Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico, constituem-se, portanto, como uma instituição com duplo objetivo: custodiar e tratar os *doentes mentais* considerados perigosos. (PERES, 1997). O caráter de tratamento traz como implicação às longas internações cessadas apenas quando o portador de transtorno mental apresenta-se estabilizado.

Reafirma-se que esse pressuposto é assegurado pelo Código Penal Brasileiro em seu artigo 26 que isenta de pena o sujeito que por doença mental ou desenvolvimento mental incompleto ou retardado, era totalmente incapaz de entender o caráter ilícito do ato ou de se autodeterminar. A sanção penal recebida nesses casos chama-se Medida de Segurança. (CÓDIGO PENAL, 1999).

1.1.1-Medida de segurança

O Código Penal, no artigo 96, título VI de sua parte geral, determina a medida de segurança como:

- I. Internação em Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico ou, à sua falta, em outro estabelecimento adequado;
- II. Sujeição a tratamento ambulatorial.

Seu prazo e desinternação são determinados no parágrafo 1º e 3º, do referido artigo, respectivamente:

§1º- A internação, ou tratamento ambulatorial, será por tempo indeterminado, perdurando enquanto não for averiguada, mediante perícia médica a cessação de periculosidade. O prazo mínimo deverá ser de 1 (um) a 3 (três) anos.

§3º- A desinternação, ou liberação, será sempre condicional devendo ser restabelecida a situação anterior se o agente, antes do decurso de 1 (um) ano, pratica fato indicativo de persistência de sua periculosidade.

De acordo com Cohen (1996) a medida de segurança é uma medida preventiva que tem lugar após o crime, mas não em razão dele, já que não visa atribuir culpa, mas sim impedir um “novo perigo social”. Fala também que

Nunca a medida de segurança tem um caráter punitivo, pois não se trata de *pena*, mas uma medida de prevenção, de terapia e de assistência social relativas ao estado perigoso daqueles que não são penalmente responsáveis; ela simplesmente tenta garantir um tratamento para o doente e defender a sociedade de um indivíduo perigoso. (COHEN, 1996, p. 81).

Em outras palavras, a medida de segurança não é punitiva e não estabelece relação com o crime, voltando-se para um estado futuro. Por conseguinte, é entendida como tratamento que objetiva cessar a condição perigosa do *doente* e alterar sua conduta, ao mesmo tempo em que afasta da sociedade um perigo eminente.

A internação ocorre, portanto, por tempo indeterminado, sendo a cessação da periculosidade do sujeito expedida através do exame de cessação, a ser realizado anualmente, a partir do prazo mínimo de internação do portador de transtorno mental. Sobre este assunto o autor considera que

[...] se um doente mental cometer um ato ilícito, ele poderá passar o resto de sua vida no hospital de custódia, transformado em prisão perpétua, em tratamento psiquiátrico, pois, se os peritos considerarem ainda o

indivíduo como perigoso, ele não será desinternado. (COHEN, 1996, p. 82).

Os exames de cessação, muitas vezes, são carregados de estereótipos e preconceitos, sendo, portanto, possível identificar alguns elementos críticos sobre sua formulação: cientificidade questionável; fonte de arbitrariedades; instrumento de dominação; critérios duvidosos para elaboração dos pareceres, como o “bom comportamento”, ou seja, a adequação às normas institucionais, caso contrário o apenado é considerado um provável reincidente. (CARVALHO; RIBEIRO; COSTA; BANDEIRA; PEREIRA, 2003). Prever ações futuras de indivíduos torna-se, desse modo, tarefa complexa, o que no caso dos portadores de transtorno mental infratores fica sob responsabilidade de alguns peritos. (COHEN, 1996).

Peres (1997) complementa ao considerar que a periculosidade estabelece-se como possibilitadora de uma ação indeterminada e prolonga-se para além da internação, porque após cumprimento de medida de segurança segue-se liberdade condicional pelo período de um ano.

Neste sentido, Cohen (1996) questiona se internações, sem tempo prévio estabelecido para cessação, são válidas, visto que em muitos casos tornam-se prisões asilares, apresentando-se para o interno, que não sabe a data de seu término, como elemento de aflição.

Percebe-se que a medida de segurança que é posta como proteção, de fato não se sustenta, evidenciando seu caráter de penalidade sem as garantias de uma pena comum, especialmente em relação a sua conclusão. (PERES, 1997). A autora sustenta que

Em nome do perigo a ser evitado, e por um crime que marca o seu estado perigoso, a quebra de salvo conduto, constitui-se em um elemento central para a reprodução desta estratégia: reinternações ocorrem por motivos diversos [...] fica clara ainda a participação de outros níveis de controle social como a família, a polícia e a comunidade, mobilizados por um medo que marca a forma de relacionar-se com a loucura-

criminosa. Dessa forma, uma internação primeira, e o estabelecimento de sua periculosidade mostra-se como pontos fundamentais neste procedimento. A inimizabilidade e irresponsabilidade, então, passam a constituir-se em um discurso que em prática parece destituído de significações, uma vez que é em nome destas e para tratar esta doença que as medidas de segurança surgem no campo jurídico, com sua multiplicidade de possíveis perpetuações no futuro. (PERES, 1997, p. [...]).

Outros elementos aparecem nessas instituições para contribuir contra a noção de tratamento, especificado como elemento da medida de segurança. Entre eles pode-se citar: falta de atividades para os pacientes, submetendo-os ao ócio forçado; falta de setores de terapia ocupacional, psiquiatria e assistência social estruturados; superlotação das alas; precárias condições de higiene em todo o ambiente hospitalar; serviços para exames clínicos e farmácia insuficientes. Ainda, observa-se que o tratamento psiquiátrico parece ocupar lugar secundário nas dinâmicas institucionais, evidenciando-se o privilégio do setor de segurança. Neste sentido, os procedimentos médicos, não raras vezes, são utilizados como procedimentos disciplinares, como é o caso do excesso de medicação e do uso de quartos individuais, também conhecidos como celas fortes para conter pacientes *agitados*. (PERES, 1997). A autora entende ainda que

A estratégia da periculosidade parece cristalizar uma prática psiquiátrica que vem sendo constantemente questionada no campo mesmo da psiquiatria: internações prolongadas e afastamento do convívio social, resultando muitas vezes em cronificação e abandono familiar, inviabilizando o retorno de pacientes ao convívio social. (PERES, ano, p. [...]).

Esta questão, de fato se faz presente, visto que os Hospitais de Custódia apresentam-se como instituições predominantemente custodiais, onde o tratamento despendido é, na maioria das vezes, unicamente farmacológico, insuficiente e falho.

1.2-Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis/SC

O Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico - HCTP, antigo Manicômio Judiciário, é instituição pública criada pela Lei Nº 4.559 no ano de 1971, integrando o sistema penal do Estado de Santa Catarina. Atualmente encontra-se subordinado à Secretaria de Estado de Segurança Pública e Defesa do Cidadão, e está localizado na rua Delminda da Silveira, no bairro Agrônômica em Florianópolis, junto ao Complexo Penitenciário da Capital, onde estão localizados, também, a Penitenciária Estadual, o Presídeo Masculino e Feminino de Florianópolis e a Casa do Albergado. É o único do Estado e sua demanda é exclusivamente do sexo masculino.

Em 1970, visando atender às exigências do Código Penal Brasileiro, que determinava que indivíduos acometidos de *doença mental* ao cometerem crimes deveriam ser tratados em manicômios judiciais, inicia-se a construção do Manicômio Estadual de Santa Catarina. Até então todos os *doentes mentais* que haviam cometido crimes eram internados no Hospital Colônia Santana, chamado hoje de Instituto de Psiquiatria.⁶ Em 1971 realiza-se sua inauguração. Com a reforma do Código Penal Brasileiro, em 1984, a nomenclatura passou de Manicômio Estadual para Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico do Estado de Santa Catarina. (TAVARES, 2002).

A sua criação teve como objetivo a defesa social e a clínica psiquiátrica. Neste sentido, visa tratar e recuperar seus internos, buscando uma reintegração dos mesmos ao meio social e custodiar estes indivíduos que, por determinação judicial, têm uma sentença a cumprir pelo delito que cometeram.

A instituição presta serviços a pedido da Justiça Penal catarinense para todo a qualquer cidadão maior de idade que se envolva em processos criminais dentro da jurisdição competente e que necessite ser submetido ao Exame de Sanidade Mental, Dependência Toxicológica, Cessação de

⁶ Hospital psiquiátrico, criado na década de 1940 na cidade de São José, sendo o único hospital psiquiátrico do estado de Santa Catarina público que ainda permanece nos dias atuais.

Periculosidade e Criminológico (para sentenciados comuns que não estão internados no HCTP e desejam obter livramento condicional ou mudança de regime). Mantém, ainda, sob sua custódia aqueles indivíduos que são submetidos à Medida de Segurança, conforme prevê a lei penal brasileira, ou que são transferidos de outras unidades prisionais para tratamento psiquiátrico temporário. (TAVARES, 2002, p. [...]).

Atende a um contingente oriundo de todo Estado de Santa Catarina. Sua maior demanda é composta por pacientes que apresentam transtornos mentais e que ao longo de seu histórico quadro-patológico, cometeram delitos previstos no Código Penal Brasileiro, estando sob Medida de Segurança. A população, como já referido anteriormente, é exclusivamente do sexo masculino com faixa etária variada, mas concentrada entre 28 e 32 anos, idade ativa e produtiva para o mercado de trabalho e constituição de suas famílias. Em sua maioria com carência econômica e nível de escolaridade baixo, sendo que 67% tem o ensino fundamental incompleto e 83% são de etnia branca, contrariando o imaginário de que indivíduos de baixa renda e condições estigmatizadas sejam negros. Quase metade (44%) dos pacientes internados são reincidentes, demonstrando uma ineficiência do tratamento para a reinserção social dos indivíduos. (MARCA, 2003).

Além dos pacientes internados para cumprir Medida de Segurança, há também uma população flutuante que chega à instituição para realizar laudo de sanidade mental e/ou exames de dependência toxicológica, tendo que permanecer, por lei, num período de até 45 dias, podendo ser prorrogado por determinação psiquiátrica. Soma-se, ainda, um contingente de apenados vindos de outras instituições penais para atendimento ambulatorial a serem submetidos a pareceres psiquiátricos ou para atendimentos referentes a suas intercorrências psiquiátricas.

O HCTP possui equipe multiprofissional que oferece regularmente atendimento social, jurídico, psiquiátrico, psicológico, clínica médica e odontológica, e educação física.

Existem várias atividades realizadas com os internos, embora no momento da pesquisa nem todas estivessem sendo desenvolvidas. Entre elas estão atividades laborais (divisão de tarefas na manutenção do hospital, horta); atividades grupais (grupos operativos, de correspondência, com pacientes novos); oficinas terapêuticas (tear, papel reciclado, cestaria, arte-terapia); Projeto fito-terápico; atividades esportivas e recreativas com acompanhamento profissional; passeios e encaminhamentos dos internos para unidades de saúde extra-hospitalar como o Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, através do Programa Alta Progressiva. Estas atividades são realizadas de acordo com a condição psíquica de cada interno, e conforme determinação jurídica, pois nem todos os pacientes possuem liberação judicial para sair temporariamente da instituição. São realizadas ainda, festas comemorativas em datas especiais, tais como natal, aniversários, festa junina. Semanalmente são realizadas missa e assembléia com os pacientes.

O HCTP mantém em condições precárias, até 115 pacientes, excedendo sua capacidade de 93 leitos. Esta situação ocorre basicamente pelo baixo índice de desinternação, por motivo de suas *doenças e periculosidade* somada à grave falta de apoio sócio-familiar e à falta de uma estrutura de atendimento extra-hospitalar para cuidar e abrigar pacientes com estas características. Além dos fatores acima citados, observa-se uma grande redução do quadro de profissionais devidamente capacitados ao atendimento de portadores de transtornos mentais e a precariedade das instalações físicas da Instituição.

O espaço físico é pequeno para atender à grande demanda de pacientes e periciados, sendo a estrutura, que data dos anos de 1970, muito antiga e precária para a realidade atual. Desde a fundação da instituição, poucas modificações e reformas foram realizadas. O aumento de vagas, de 45 originalmente, para 93, ocorreu mais por adaptações nas instalações do que pelo aumento da área construída. Cubículos foram interligados (paredes

derrubadas) no sentido de serem transformados em enfermarias, onde são acomodados pacientes coletivamente. (TAVARES, 2002).

Os pátios internos, usados nos dias de chuva ficam constantemente lotados. A área, do ponto de vista terapêutico, não pode ser considerada condizente com os objetivos propostos pela Lei de Reforma Psiquiátrica (Nº 10.216). Os pátios externos embora mais salubres, necessitam de reparos para dar maior segurança física aos pacientes. As demais instalações destinadas aos pacientes (sala de aula, consultórios médicos e odontológico, enfermagem, sala de oficinas terapêuticas) são pequenas, não comportando o número de internos. (TAVARES, 2002).

Grande parte dos equipamentos utilizados na instituição é antiga. Não existe um sistema de informações implantado, ocorrendo diversos problemas quanto ao fluxo de trabalho, troca de dados e principalmente problemas referentes à tomada de decisões. O sistema de arquivo é realizado de forma arcaica, não existindo informatização, ocorrendo por diversas vezes o desaparecimento de pastas e documentos. (TAVARES, 2002).

2 - REINTEGRAÇÃO SOCIAL E SEUS ASPECTOS

A discussão acerca do tratamento dispensado ao portador de transtorno mental vem ganhando destaque desde finais da década de 1970, com o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental, em especial a partir de 2001 com a aprovação da Lei Nº 10.216 da Reforma Psiquiátrica. No entanto, observa-se que ainda é distante a reorientação da assistência em saúde mental por completo, haja vista a hegemonia das instituições fechadas. Frente a isso, é relevante destacar alguns aspectos que contribuem para reinternações dos pacientes psiquiátricos nesses estabelecimentos, bem como a manutenção do sistema psiquiátrico hospitalar. Faz-se, portanto, necessário contextualizar o surgimento da institucionalização do portador de transtorno mental e da ciência médica psiquiátrica, assim como o que vem sendo estudado sobre sua inserção social.

Uma das primeiras qualificações dadas a estes sujeitos foi a de alienados, podendo ser a alienação entendida como “um distúrbio das paixões humanas, que incapacita o sujeito de partilhar do pacto social”. (AMARANTE e TORRE, 2001, p.74).

Alienado é por decorrência aquele que está fora de si, da realidade, tendo alterada a sua capacidade de juízo sobre si e sobre os demais. Por meio da construção do conceito de alienação, o relacionamento entre sociedade e loucura passa a ser mediado pela ciência médica psiquiátrica, definida em um primeiro momento como ciência alienista.

Se o alienado é um sujeito sem razão, incapaz do juízo é necessário que passe por um “processo pedagógico-disciplinar” que o faça retornar à razão. O espaço destinado para este processo passa a ser os grandes hospitais psiquiátricos, trazendo a tona a institucionalização da loucura que se torna, por fim, a instância de cura e isolamento do mal.

Esta realidade presente desde o século XVIII, ainda encontra-se vigente na contemporaneidade. Ainda que muito tenha sido alcançado no sentido de entender a loucura como a ocorrência de um sofrimento psíquico que deve ser vivenciado em sociedade, é recorrente a presença de instituições fechadas. Estas, não mais almejam a cura, mas sim humanizam seus atendimentos, tendo o modelo hospitalocêntrico como referência e a ciência psiquiátrica como paradigma. Em concordância com este pensamento, muitas instituições ainda reproduzem projetos terapêuticos arcaicos e regimes de internamento asilar.

Uma das características de internação de longos anos é o afastamento de pacientes por extensos períodos da sociedade e do grupo familiar. Ao retornar para o convívio comunitário o portador de transtornos mentais encontra-se submetido aos efeitos “deletérios das institucionalizações prolongadas, com vínculos sociais esmaecidos e, portanto com dificuldade de viver sozinho e gerenciar sua vida”. (HANFER, 1987; LAMB e PEELE, 1984; MECHANIC, 1991 *apud* GONÇALVES e LOVISI, 2001 p. 106).

A saída de pacientes para a comunidade e seu posterior retorno à instituição de origem ou outras, com características semelhantes, faz-nos pensar sobre o desempenho social e a sua capacidade de sobrevivência fora dos Hospitais Psiquiátricos.

Neste sentido, Delgado (2001 *apud* BEAKLINI e ESCOREL, 2002) destaca a “autonomia possível” como elemento norteador do processo de reinserção social dos portadores de sofrimento psíquico. Beaklini e Escorel (2002) acrescentam que o retorno ao convívio das relações sociais está relacionado ao seu poder contratual ou exercício de seu protagonismo.

No universo social, as relações de trocas são realizadas a partir de um valor previamente atribuído a cada indivíduo dentro do campo social, como condição prévia para qualquer processo de interação. Este valor Kinoshita, chama de “poder contratual”,

apontando três dimensões para a sua efetivação: troca de bens, de mensagens e de afetos. No caso do *doente mental* anula-se seu poder contratual, “os bens dos loucos tornam-se suspeitos, as mensagens incompreensíveis e os afetos desnaturados”. (KINOSHITA, 2001, p. 55).

Ainda, de acordo com este autor, “o doente mental passa a ter positividade apenas na sua dimensão de doente, de suporte da doença. Em suma, anula-se qualquer valor da pessoa que o assegura como sujeito social (de trocas)”. (KINOSHITA, 2001, p. 56). Neste sentido, Saraceno acrescenta que muitos pacientes têm um nível de contratualidade que tende a zero. (SARACENO, 2001).

A reinserção social passa, então, em primeira instância, por criar condições e reelaborar capacidades que possibilitem ao portador de transtorno mental resgatar o processo de trocas desconstruído no período em que ficou internado em hospitais psiquiátricos.

Kinoshita entende que para reconstruir o poder contratual é necessário resgatar a autonomia do sujeito, definindo-a como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”. (KINOSHITA, 2001, p. 57).

Para Freitas a reintegração social atravessa a “capacidade interativa”, definindo-a como “qualificações básicas inerentes à participação dos indivíduos em sistemas de interação, à solução de problemas interpessoais e à aprendizagem”. (FREITAS, 1998, p. [...]).

A fragmentação múltipla entre as estruturas internas e externas do sujeito, realizadas progressivamente no sentido da aprendizagem e síntese, forma a “individualização”, necessária ao exercício das capacidades interativas. (FREITAS, 1998).

Todavia, estar no mundo do *doente mental* implica ser diferente das expectativas, é ter que estar subordinado às barreiras do estereótipo de doente. Freitas acrescenta que é “não poder estar empregado, construir família, assinar um documento, responder por seus atos”. (FREITAS, 1998, p. [...]). Ou seja, é estar limitado a ser subordinado ao papel de *doente mental*.

Bandeira e Ireno trazem outra contribuição relacionada à readaptação psicossocial, o “comportamento assertivo”. Para os autores,

O comportamento assertivo constitui uma classe particular das habilidades sociais, que se refere à capacidade do indivíduo de se afirmar em interações sociais, defender seus direitos, expressar suas opiniões, sentimentos, necessidades e insatisfações e solicitar mudanças de comportamento das outras pessoas, sem desprezar os direitos dos outros. (BANDEIRA e IRENO 2002, p. [...]).

O comportamento assertivo faz-se necessário em diversas interações sociais ocorridas nas situações cotidianas, contribuindo para o desenvolvimento das relações interpessoais e para a capacidade de enfrentamento e resolução de problemas, também interpessoais.

Para os autores, no caso dos portadores de transtornos mentais “a vulnerabilidade às situações estressantes, o déficit de habilidades sociais e de comportamento assertivo” (BANDEIRA e IRENO 2002, p. [...]), contribuem para a recorrência de sintomas e re-hospitalizações frequentes. As dificuldades para a reinserção social dos *doentes mentais* são para Bandeira e Ireno, decorrentes da dificuldade em lidar com o enfrentamento de situações de conflito interpessoal, sendo o número e a gravidade das re-hospitalizações dos portadores de transtornos mentais desinstitucionalizados maior, quanto menor o nível de sua competência social. (BANDEIRA e IRENO, 2002).

Segundo Saraceno, o processo de reabilitação seria, então, “um processo de reconstrução, um exercício pleno da cidadania, e também, de plena contratualidade nos três

grandes cenários: habitat, rede social e trabalho com valor social”. (SARACENO, 2001, p. 16).

Fundamentalmente, Reabilitação Psicossocial, seria, de acordo com a definição da Organização Mundial da Saúde - OMS

O conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários. (WHO, 1987; DE GUIROLAMO, 1989 *apud* PITA, 2001, p. 21).

A noção de reabilitação atribuída para o processo de desinstitucionalização caminha em busca da reconstrução das histórias de vida, no sentido de recuperar ou criar vínculos e condições materiais, sociais e emocionais, procurando romper com o mecanismo de reprodução das relações de dependência. Ou seja, trata-se de encontrar soluções concretas para cada indivíduo, garantindo seus direitos essenciais como habitação, liberdade e trabalho. (BARROS, 1991 *apud* SILVA, A., 1997).

Tendo em vista as diversas dificuldades dos pacientes em lidar com situações interpessoais, legitimar seu poder contratual e desenvolver habilidades básicas para convívio em sociedade, no sentido da reabilitação psicossocial, é importante demarcar algumas categorias, entre as quais o *doente mental* defronta-se em seu processo de reintegração social. A classificação das categorias deu-se a partir das elucidadas por Saraceno (2001): habitat, rede social e trabalho como valor social. Privilegiou-se a família como integrante principal da rede social e incluiu-se a categoria trabalho como direito, de forma a ampliar a análise.

Ainda que a disposição dos fatores seja dividida por categorias é importante ressaltar a indissociabilidade entre eles e suas muitas interfaces. Não esquecendo de entender a conjuntura em que o portador de transtornos mentais se insere, no sentido de totalidade.

2.1-A família do portador de transtorno mental e o provimento de cuidado

A discussão da temática família há muito vem sendo feita, por ser uma instituição com suas peculiaridades e presente como tal, em diversas instâncias. Mioto reforça que “a família é uma instituição social historicamente condicionada” (MIOTO, 19[...], p. 117), sendo o primeiro espaço de socialização do indivíduo, do provimento de cuidado e de proteção de seus membros. A autora situa que

[...] a dinâmica relacional estabelecida em cada família não é dada, mas é construída a partir de sua história e de negociações cotidianas que ocorrem internamente entre seus membros e externamente com o meio social mais amplo. (MIOTO, 19[...], p. 117).

Parte-se deste entendimento para discorrer sobre sua historicidade, em particular, sobre sua relação com o portador de transtorno mental, muito mais conflituosa que em famílias que não os possui, fato explicável por sua própria especificidade.

No decorrer dos séculos XVII e XVIII, com o advento da sociedade burguesa, surge uma nova “sensibilidade social” (ROSA, 2002, p. 02). Marco desta nova ordem econômica, política e social está o Iluminismo, que consistia em libertar o homem da ignorância, dos mitos, fortalecendo o saber e o uso da razão como instrumento emancipatório do ser humano.

Nesta época, o louco e a loucura colocam a prova o princípio essencial da sociedade moderna: a razão. A burguesia equacionou o problema político que representava a loucura, delegando-a à psiquiatria, que deslocou o problema para alçada técnica. A internação em um estabelecimento específico passa a ser, portanto, elemento determinante que condiciona a categoria de *alienado* ou *doente mental* ao até então chamado de louco. (ROSA, 2002).

Segundo Rosa (2002), o processo de exclusão do louco do meio social, por meio de internação psiquiátrica e a mudança de seu estatuto para *doente mental*, constrói outra relação entre o louco e a família, diferente das sociedades pré-capitalistas, em que o louco era uma questão da alçada privativa de sua família.

A relação da família com o *doente mental* aparece, neste período, sob dois prismas. De um lado a família é considerada como estando na emergência da ameaça de alienação e por isso deve ser protegida. De outro lado é culpabilizada por ser a provedora da alienação, apontada por sua estrutura familiar conflitante e causalidade moral de suas ações. Dessa forma, a família contribui por ser fraca no seu poder “controlador-disciplinar” frente aos impulsos do alienado e por forjar a desregulação dos afetos intrafamiliares. (ROSA, 2002).

Após a Segunda Guerra Mundial, dinamizam-se alterações estruturais na sociedade burguesa, secundarizando a lógica de acumulação de capital em favor de idéias de justiça social, solidariedade e universalismo. (ROSA, 2002).

Neste contexto histórico todo o aparato psiquiátrico é questionado, surgindo modelos favoráveis à concepção de saúde mental e psiquiatria social. Tais correntes apontam que os hospitais psiquiátricos compreendem “uma estrutura social que, sob muitos aspectos, repete as peculiaridades enlouquecedoras da família do paciente”. (COOPER, 1982 *apud* ROSA, 2002, p. 146). É, portanto, considerado um espaço de reprodução da violência vivenciada na família e na sociedade.

Este momento é marcado pela ênfase nos serviços de saúde mental de base comunitária e de novos procedimentos terapêuticos em relação ao espaço familiar. As análises sobre a família estão, assim direcionadas, para a responsabilização destas frente às inadequações do comportamento de seu ente, culpabilizando-as pela má educação despendida ao *doente mental*. (ROSA, 2002).

De acordo com a autora a família “é vulnerabilizada e destituída de seus saberes sobre relacionamentos internos, sobretudo em relação à educação dos filhos”. (ROSA, 2002, p. 149). A família é vista, ora como vítima, ora como responsável pelo sofrimento psíquico de seu membro.

Em contrapartida, as abordagens de antipsiquiatria, desenvolvidas nos anos de 1950 e 1960, apreendem a família negativamente, como um grupo que pactuado com a psiquiatria, quer se livrar de integrantes indesejáveis de seu meio, através da internação psiquiátrica. (ROSA, 2002). O enfermo é visto como “bode expiatório, no qual seus familiares projetam seus problemas internos”. (COOPER, 1982 *apud* ROSA, 2002, p. 50).

A perspectiva basagliana surgida na Itália, nesta mesma época, por sua vez, coloca em evidência o sujeito acometido pelo sofrimento psíquico e as condições de reprodução social em que está inserido, estando a família como cerne deste espaço e propiciadora destas condições. É, portanto, percebida positivamente, dentro de suas possibilidades, como potencializadora das condições necessárias para autonomia do portador de transtornos mentais, muito embora se encontre, simultaneamente, como uma instituição de violência. (ROSA, 2002).

Além disso, é importante ressaltar que a capacidade de cuidado do grupo familiar depende diretamente da qualidade de vida que tem no contexto social no qual está inserido (MIOTO, 19[...]). Neste sentido, observa-se a pressão da política econômica sobre os grupos sociais, especialmente a partir da década de 1970. Este período destaca-se pela reorientação de políticas públicas pelo ideário neoliberal, favorecendo nova visibilidade à família. Dessa forma, o Estado assume a condição de principal agente modernizador, impulsionador da acumulação de capital e organizador das classes sociais, secundarizando as demandas dos segmentos significativos da classe trabalhadora e submetendo as intervenções públicas na área social às exigências econômicas.

Segundo Rosa

[...] muitas funções no campo social, anteriormente assumidas pelo Estado, são devolvidas ao grupo familiar e ao mesmo tempo, outras lhe são exigidas em razão da reestruturação produtiva e do desemprego estrutural que se instala pela eliminação de vários postos de trabalho. A família, então, encontra-se sobrecarregada pela crise econômica que, inclusive, gera desemprego a seus integrantes. (ROSA, 2002, p. 155).

Nesse sentido, a autora aponta que “a retração do Estado em termos de gastos sociais e em virtude da onda neoliberal repercute sobremaneira na estrutura da família e em suas funções”. (ROSA, 2000, p. 264).

À medida que o Estado restringe sua participação na resolução de questões de determinados segmentos sociais, entre eles os portadores de transtornos mentais, a família tem sido chamada a tomar para si esta responsabilidade, sem, no entanto, receber dos poderes públicos a devida assistência. (GUEIROS, 2002).

Diante de tal realidade, os familiares exigem, além do tratamento, a custódia de seu parente que depende de cuidados psiquiátricos contínuos. A custódia, segundo Rosa, “é vista ainda como um mecanismo para protegê-lo, que foge do controle familiar e, como uma estratégia de sobrevivência do próprio grupo [...] que compartilha recursos econômicos formados coletivamente”. (ROSA, 2000, p. 267).

Ao remeter o cuidado para o âmbito doméstico tende-se a sobrecarregar a família, já penalizada pelas mudanças econômicas que enfrenta. Neste contexto, a figura do cuidador do enfermo se vê sobrecarregada com suas próprias exigências em relação à sua reprodução e a crise econômica que poderá gerar com as despesas de um membro inadaptado para o trabalho e de sua retirada do mercado, para dedicar-se ao trabalho privado, em decorrência deste novo familiar. A presença do familiar portador de transtorno mental em casa aumenta, então, a responsabilidade dos demais membros sobre seu

tratamento, assim como a quantidade de cuidados a serem despedidos ao mesmo, ou seja, produz um forte impacto na família. (VASCONCELOS, 2000).

Em concordância, Beaklini e Escorel trazem que a fragilidade e a precariedade nas relações familiares decorrem da “deficiência de recursos econômicos, das próprias percepções de incurabilidade e periculosidade atribuídas aos loucos e, ainda, da busca por cuidados mais adequados”. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002, p. 108).

Ainda, conforme estes autores, as dificuldades na adesão dos familiares de usuários dos serviços de saúde mental à desinstitucionalização dos portadores de sofrimento psíquicos está relacionada com

[...] o desconhecimento dos atores e agências que deveriam arcar com tal responsabilidade; o descrédito no sistema de proteção social existente; a incapacidade de percepção das famílias em arcar com os cuidados e o suporte econômico dessas pessoas. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002, p. 108).

Rosa (2000) aponta, neste sentido, que a população em tratamento, interna em hospitais psiquiátricos é majoritariamente composta por usuários oriundos dos segmentos “assalariados e despossuídos”. Trás, ainda que

[...] é majoritária em termos de origem de classe e também como população psiquiátrica, pois, historicamente, o sistema asilar e o hospital psiquiátrico constituíram-se em uma das modalidades assistenciais no tratamento da pobreza [...]. (ROSA, 2000, p. 269).

Por conseguinte, na rotina familiar, a internação do portador de transtorno mental significa o desengargo de uma série de atividades e investimentos econômicos impostos por seu cuidado e manutenção, assim como disponibilidade do cuidador para o mercado de trabalho. No caso das mulheres, principais cuidadoras, ficam disponíveis, seja para outras atividades domésticas, seja para o trabalho extrafamiliar.

A família sofre, também, com o estigma trazido pelo transtorno mental de seu ente, que é constantemente associado a sua conduta perigosa. Em decorrência, o portador padece de uma discriminação social que é extensível à sua família. De acordo com Rosa

[...] contraditoriamente, a família, por partilhar os mesmos códigos culturais da sociedade, tem também uma atitude reativa e segregadora em relação ao portador de transtorno mental. Apresenta sentimentos de proteção simultâneos com sentimentos de rejeição, cuja ambigüidade constitui fonte de angústia. (ROSA, 2000, p. 271).

A autora sustenta ainda, que a partir da década de 1990, surge uma pluralidade de representações referentes à relação da família com seu *doente mental*, apontando para cinco direções:

- família como um **recurso**, no rol das estratégias de intervenção;
- família como um **lugar** de possível convivência (não o único e obrigatório), desde que os laços relacionais possam ser mantidos ou reconstruídos;
- família **sofredora**, pois é influenciada pela convivência com seu *doente mental*, devendo ser assistida e receber suporte social e assistencial;
- família como **sujeito de ação** que se organiza em associações e movimentos sociais específicos, agindo como sujeito avaliador e construtor da cidadania do portador de transtorno mental e;
- família como **provedora de cuidado**, sendo o principal agente potencializador entre o portador de sofrimento psíquico e a sociedade. (ROSA, 2002).

A relação da família com o *doente mental* pode ser explicada, então, paradoxalmente. Por um lado a família é vítima do membro doente, estando sob ameaça de perigo e sem estrutura sócio-econômica e emocional para tratá-lo. De outro modo é culpabilizada por ser a propiciadora do sofrimento psíquico. Perdida, sem conhecimentos acerca do transtorno mental, a família fica, muitas vezes, restrita ao papel de identificar a *loucura*, encaminhar o seu portador a alguma instituição, normalmente asilar, visitá-lo e

fornecer informações necessárias sobre a história de sua enfermidade. A relação entre o grupo familiar e o portador de transtorno mental fica, portanto, mediatizada por agentes médicos e estatais, encarregados da cura, custódia e assistência. (ROSA, 2002).

Configuram-se, desse modo, para a família, condições deficitárias de atendimento domiciliar ao portador de transtorno mental, fazendo emergir uma crise na estrutura familiar relacionada à busca por compreender e criar estratégias de cuidado. Tal fato vem agravar as precárias condições do grupo familiar à medida que impõe exigências específicas de cuidado e atenção, mobilizando-o, desse modo, tanto emocional como materialmente. (ROSA, 2000).

2.2 - O trabalho

De acordo com o Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, trabalho significa aplicação da atividade física ou intelectual necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. (DICIONÁRIO AURÉLIO, 1971). Entende-se, portanto, a categoria trabalho como inerente às relações de produção, como dispêndio da força humana, como ato de transformação dos elementos naturais e do próprio homem.

2.2.1 -O trabalho como valor social

O ser humano é um ser natural, porque é fruto da natureza e está submetido às suas leis. Depende, portanto, da transformação da natureza para sobreviver, usando-a e

transformando-a, racionalmente, segundo suas necessidades, e nesse processo, se faz ser humano. (SILVA, A., 1997).

Antunes, melhor explicita a questão ao relatar que

[...] a história da realização do ser social objetiva-se através da produção e reprodução da sua existência, ato social que se efetiva pelo trabalho. Este, por sua vez, desenvolve-se pelos laços de cooperação social existentes no processo de produção material. Em outras palavras, a ato de produção e reprodução da vida humana realiza-se pelo trabalho. É a partir do trabalho, em sua cotidianidade, que o ser humano torna-se ser social, distinguindo-se de todas as formas não humanas. (ANTUNES, 1992 *apud* SILVA, A., 1997, p.18).

O trabalho é, portanto, essa atividade específica do homem que “funciona como fonte de construção, realização, satisfação, riqueza, bens materiais e serviços úteis à sociedade humana”. (SILVA, E., 1990, p. 218). Nessa perspectiva, Siqueira (2001) aponta que o trabalho ocupa centralidade na vida humana, sendo a forma pela qual o homem provê a sua sobrevivência e de sua família.

Para o ser humano, o trabalho é o meio de superação das suas necessidades, pela qual transforma a natureza e por ela é transformado. Através deste mecanismo produz conhecimentos e cria-se a si mesmos. Apresenta necessidades históricas, determinadas e solidificadas pelo estágio de desenvolvimento dos meios de produção, podendo alterarem-se e substituírem-se no decorrer dos tempos. (SILVA, A., 1997). Neste sentido, a autora referida destaca que

A partir de determinado estágio de desenvolvimento dos meios de produção, as necessidades vão se tornando mais complexas e sofisticadas para alguns, distanciadas das necessidades imediatas de sobrevivência ao mesmo tempo que, para outros, elas tornam-se cada vez mais próximas do nível de subsistência, necessariamente referidas ao lugar do indivíduo no sistema de produção. (SILVA, A., 1997, p. 20).

Osvaldo Júnior acrescenta que ao transformar a natureza através da atividade o homem superou os limites de suas barreiras biológicas e possibilitou a construção do

gênero humano. Ou seja, a construção de sua generalidade apenas se realiza através do trabalho que é social e necessariamente coletivo. (OSVALDO JUNIOR, 2002). Neste sentido, o autor, entende que o portador de transtorno mental, ao não fazer parte ou ser excluído do mundo do trabalho, limita as oportunidades para o seu “processo de humanização”. Dessa forma

[...] não se permite [...] a construção de um patrimônio de objetivações, que é condição necessária para que se rompa com o isolamento e a cronificação e possibilite o seu retorno ao mundo dos homens ou do humano. Assim, acabam reduzidos a algumas funções da espécie, ou seja, comer, beber, dormir, entre outras de caráter quase que exclusivamente biológico. (OSVALDO JUNIOR, 2002, p. 95).

Neste sentido, Beaklini e Escorel acreditam que “essas pessoas não tiveram no mundo do trabalho seu sistema gerador de identidade, comportamentos e valores do trabalhador, nem a percepção da titularidade dos direitos a ele associada”. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002, p. 108).

2.2.2 - O direito ao trabalho e a inserção do portador de transtorno mental

As necessidades humanas podem ser classificadas em dois grandes grupos: necessidades naturais e necessidades sociais. A primeira refere-se à manutenção da vida humana, ou seja, à sobrevivência. Para Silva o modo de satisfazê-la pelo homem perpassa elementos culturais, morais e de costumes. Já as necessidades socialmente determinadas referem-se às necessidades postas pelo tipo de sociedade em que o homem está inserido. Em sociedades de regime capitalista elas são estabelecidas pelo próprio capitalismo e pela produção industrial, alterando-se e dependendo do estágio e da alocação do ser humano na divisão do trabalho. (SILVA, A., 1997).

Desse modo, observa-se que a relação entre os seres humanos é concretizada na relação econômica, determinando a qualidade de vida do sujeito individual. O modo de produção da vida material, por sua vez, condiciona o processo, de forma geral, da vida social, política e espiritual do homem, sendo seu ser social o determinante de sua consciência individual e não o contrário. (SILVA, A., 1997).

Ortiz complementa que, com o advento da sociedade urbano-industrial, a subjetividade não está mais centrada na tradição. Afirma, ainda, que “os laços de solidariedade se rompem. O anonimato das grandes cidades e do capitalismo corporativo pulverizam as relações sociais existentes, deixando os indivíduos soltos na malha social”. (ORTIZ, 1994, p. 119).

O autor acrescenta que o universo de consumo, ditado como espaço de individualidade do homem, aparece como lugar privilegiado do exercício de cidadania. No entanto, nas sociedades de consumo ocorre o forjamento de referências culturais mundializadas que nada tem de individual e subjetivo. Ortiz esclarece que o consumo é “todo um sistema de valores, com tudo o que esse termo implica, isto é, sua função de integração grupal e de controle social. Moral que, mesmo vivida solitariamente, ultrapassa a contingência das necessidades particulares”. (ORTIZ, 1994, p. 135).

Neste sentido, o referido autor defende que o sistema de proteção está intimamente ligado ao de consumo, sendo que as exigências da esfera de produção são subjetivamente assimiladas, sem consciência clara, pelos sujeitos envolvidos neste mecanismo.

O trabalho aparece deste modo como uma “virtude essencial, seja para o capitalista, que aumenta seus lucros, ou para o operário, que não só melhora suas condições de vida, como se afirma enquanto parte de uma classe social emergente”. (ORTIZ, 1994, p. 136).

O direito ao trabalho deve, por isso ser considerado, porque, neste campo, os *sem razão*, usualmente, ainda são vistos como incapazes e, portanto, excluídos dos mecanismos de produção.

Beaklini e Escorel acreditam que “as iniquidades no acesso à educação e ao mercado de trabalho e, ainda, a vulnerabilidade sócio-econômica foram responsáveis pela deteriorização das condições de vida” da grande maioria de usuários de serviços de saúde mental. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002, p. 108).

A falta de instrução do portador de transtorno mental internado em hospitais psiquiátricos é um fator que agrava a sua não inserção no mercado de trabalho. Soma-se a isto, a insuficiência de oportunidades no âmbito educacional associada à condição de pobreza, porque passam a maioria dessas pessoas. (TUNDIS e COSTA, 2001).

Neste sentido, Grandella afirma que “o aprendizado de um ofício também ficará limitado a serviços braçais e com pouca remuneração”. (GRADELLA, *apud* OSVALDO JÚNIOR, 2002, p. 93). As conseqüências da não inserção no mercado de trabalho ou da inserção em ocupações não valorizadas socialmente e por isso mal remuneradas são segundo Silva “o incremento do uso excessivo de bebidas alcoólicas e as repercussões conjuntas [...] sobre a vida familiar”. (SILVA, E., 1990, p. 269). O agravamento do quadro de desemprego e/ou baixa remuneração, por decorrência acompanham o

[...] isolamento social, a perda do sentido existencial, a vergonha, a frustração e revolta [...]. Assinalam o quanto a revolta e a raiva são freqüentemente deslocadas para a auto agressão, para os conflitos familiares, e inclusive para atos delinqüenciais [...]. (SILVA, E., 1990, p.271).

O pensamento do senso comum é, portanto, de que os *loucos* são considerados economicamente desnecessários, enquanto pessoas sem qualificação profissional e sem condições de ingressar nos mecanismos de trocas. Em decorrência, tornam-se supostamente, pessoas “socialmente ameaçadoras”, porque contribuem para o crescimento

da população de rua e da violência urbana, integrando o contingente de excluídos. (BEAKLINI e ESCOREL, 2002).

Considerando que a sociedade atual está baseada na lógica de mercado e que, por decorrência, as possibilidades de produção, de sustento e acesso aos bens de consumo estão intrinsecamente relacionados ao trabalho, as possibilidades do portador de transtornos mentais de suprir suas necessidades básicas ficam extremamente reduzidas. (BRANDALISE, 2002).

2.3-Habitat: meio em que vive o portador de transtorno mental

O estudo do habitat humano constitui um tema em torno do qual florescem, nos últimos anos, trabalhos provenientes de diferentes disciplinas, seja em sua perspectiva particular, seja com enfoque interdisciplinar.

As Ciências Sociais, por exemplo, atribuem alguns significados para *habitat*. Entre eles, os mais frequentes são: o ambiente físico em sua totalidade; as condições físicas e químicas que distinguem entre si diversas unidades de espaço ocupado; e mais amplamente designa tanto o ambiente físico quanto o social. (DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 1986).

Ainda, *habitat* pode ser considerado um território no interior do qual uma espécie ou um grupo de espécies encontra um complexo uniforme de condições de vida. (GRANDE ENCICLOPÉDIA DELTA LAROUSSE, 1971).

Neste sentido, Gonçalves entende que

A condição de existência dos homens refere-se ao seu modo de viver em sociedade, ou seja, dentro dos limites que são postos em cada momento histórico para se viver o cotidiano. Também significa uma existência que satisfaça as exigências e as demandas que o meio cria para as pessoas, de

onde as (in)satisfações geradas pelo modo de vida cotidianamente constituir-se-á na qualidade de viver saudável. (GONÇALVES, 2000, p. 01).

Compreende-se, portanto, que o habitat humano constituiu-se sobre a construção histórica do “natural e cultural”. Gonçalves melhor explica esta afirmação ao relatar que

[...] a vida é a sinergia entre a natureza e a cultura, [...] a coincidência do ponto real e ideal, que no dia-a-dia vão se encontrando e chocando-se com valores já consagrados pela tradição do natural/cultural. Ou seja, indicando cotidianamente em qual contexto estamos inseridos. (GONÇALVES, 2000, p. 02).

A autora assegura, deste modo, que é essencial gerenciar com qualidade o meio ambiente, principalmente os elementos biológicos (flora e fauna), físicos (água, sol, ar), químicos, bem como diversos elementos rurais e urbanos (trabalho, lazer, habitação). (GONÇALVES, 2000).

Na perspectiva de Blanco e co-autores, o contexto sócio-cultural de habitat situa-se na relação do habitat com a espécie humana e o conjunto de ações próprias da mesma para transformação do meio ambiente e sua adequação as necessidades humanas. Sua existência expressa-se através do espaço criado e modificado pelo homem que reflete, por vezes, as formas particulares de organização próprias da Sociedade Humana no processo de desenvolvimento histórico. Neste sentido, consideram pertinente o entendimento das leis, princípios e organização da sociedade, assim como a articulação espacial que se processa no desenvolver histórico. Os autores afirmam ainda, que a habitação é considerada a protagonista do habitat humano, sendo o espaço primeiro no qual desenvolve-se a idéia de habitar e viver. (BLANCO; GLUSBERG; HALAC; LENTINI; RAINIS, 1979).

Baseando-se nestas atribuições se tomará a habitação como primeiro elemento constitutivo do *habitat social*. Assim, compreende-se habitação como

[...] a estrutura material em que se abriga uma família. Em primeiro lugar, no aspecto material: a higiene da casa tem influência sobre a saúde

de seus ocupantes [...]. (DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS, 1986, p. 540).

Neste sentido, Gonçalves aponta que a realidade nacional é de empobrecimento e abandono consideráveis da população. Esta repercute na escassez de condições mínimas para se viver, sendo que cada vez mais pessoas coabitam, estando expostas, muitas vezes, a riscos naturais, industriais, tensão, violência social, fome e em decorrência encontram-se com a saúde debilitada. Especificamente, em relação às residências, a carência de infraestrutura sanitária, acesso a recursos como televisão, telefone, a própria estrutura física da casa com peças incompatíveis ao número de membros da família, banheiro externo, repercute diretamente no meio ambiente propagando doenças debilitantes, sejam elas físicas ou mentais, reduzindo assim a expectativa e a qualidade de vida do sujeito inserido neste contexto. (GONÇALVES, 2000).

Outra questão é o lazer. Observa-se que em comunidades carentes, locais de moradia de parcela significativa de usuários de serviços de saúde mental, não há muitas oportunidades e locais para atividades recreativas e para passatempo, sendo o bar e a via pública os mais populares e acessíveis. Neste sentido, Serrano alerta que “o bar é um ambiente de homens, onde há liberdade para falarem não só de assuntos sérios, mas para soltarem-se nas conversas descompromissadas e no fantasiar transgressões possíveis”. (SERRANO, 1998, p. 156). É, portanto, um espaço restritivo e propiciador para o acesso de substâncias químicas.

Em relação ao espaço de interação possível para a população carente, em particular para os *doentes mentais*, faz-se necessário, neste momento, aprofundarmos a questão do uso abusivo de substâncias químicas decorrentes, em grande parte, do meio e das condições que se apresentam para esta população. A especificidade deste tema se faz pertinente à medida que é recorrente o uso de droga associada aos transtornos mentais, fator este potencializador da *doença mental*.

2.3.1 - Complicações decorrentes do uso abusivo de substâncias químicas

Poucos comportamentos humanos têm conseqüências de dimensão tão extensa quanto aqueles decorrentes do uso excessivo de substâncias químicas. À medida que a dependência do sujeito agrava-se,

[...] aumenta o prejuízo pessoal, afetando seu próprio bem-estar físico, emocional e social, e seu comportamento, que é dependente da substância química, afeta também o bem-estar da sua família e o da sociedade em geral. (MELO, 2002, p. 19).

As alterações emocionais e de comportamento humano provocadas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas são amplamente conhecidas. O álcool destaca-se, sendo a mais difundida, muito provavelmente por ser liberada legalmente. O uso dessas substâncias em excesso gera uma seqüência de dificuldades para o sujeito manter-se em equilíbrio. Surgem, então, sintomas que comprometem e contribuem para o prejuízo nas relações interpessoais, familiar e para a disposição ao trabalho. (MELO, 2002).

Neste sentido, Melo relata que os efeitos danosos do álcool no local de trabalho vão muito além das conseqüências negativas para a saúde. A ação nociva estende-se à produtividade do setor empregador, gerada principalmente por absenteísmo e dificuldades no desempenho das atividades. (MELO, 2002). O resultado, após inúmeras repetições dos fatores acima citados, não raramente, é a demissão do indivíduo dependente.

Com relação à abrangência familiar, provoca ruptura e desorganização das relações familiares, caracteristicamente com o desenvolvimento, pelos demais membros, de papéis sociais até então exercidos pelo familiar dependente. Variados são os sentimentos vivenciados pela família acometida pela dependência de substâncias químicas, entre eles: culpa, ressentimento, insegurança, delinquência, isolamento, medo e violência. (MELO, 2002).

Neste sentido, Marca sugere que é grande o número de pessoas que cometeram delitos relacionados ao uso de drogas, sendo entre outras, uma das causas para a reincidência. Acrescenta ainda que quando associado à *doença mental*, tem como efeito a potencialização de reações próprias dos transtornos mentais, sendo também uma das causas para o alto número de internações e reinternações psiquiátricas. (MARCA, 2003).

3- MÉTODO

A escolha do universo a ser pesquisado recai sobre sujeitos acometidos de transtornos mentais que cometeram algum delito ao longo de sua trajetória de vida e que após terem cumprido um período de tratamento em regime de internação, não conseguiram estabelecer-se na sociedade, por um período igual ou inferior ao decurso de um ano, tendo que se submeterem novamente à reclusão.

Estipulou-se o tempo máximo de um ano devido ser o período em que o indivíduo fica sob regime condicional com a instituição, podendo ser internado novamente, a qualquer tempo, caso não cumpra as determinações legais estabelecidas no momento de sua saída. Esta intercorrência temporal pode ser entendida, portanto, como suficiente para que o sujeito insira-se novamente ao meio social.

É necessário esclarecer que é imprudente tentar determinar relações causais entre representações e comportamentos, porque um significado não é, necessariamente, uma causa. (PAULILO, 1998). Cabe, portanto, lembrar que o envolvimento na dimensão “subjética e simbólica” é fortemente entrelaçada com o contexto social do qual surgem, sendo condição essencial para o desenvolver deste trabalho. Compreendê-las significa entender a realidade daqueles que vivenciam a exclusão e o estigma, sua cultura, seus pensamentos, sua compreensão de mundo e os dispositivos próprios que criam para lidar com ele. O assunto abordado demanda tratamento essencialmente interpretativo, sendo assim, um universo de interpretações, por excelência, de abordagem qualitativa.

Segundo Richardson, a pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como

[...] a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características e comportamentos. (RICHARDSON, 1999, p. 90).

Através dela é possível penetrar nas motivações individuais, a partir das quais ações e relações obtêm sentido. Para Paulilo

A investigação qualitativa nos permite trabalhar com valores, crenças, hábitos, atitudes, opiniões; componentes contidos nas representações e possibilita, assim, aprofundar fenômenos característicos por um alto grau de complexidade interna. (PAULILO, 1998, p. 125).

As investigações que se voltam para uma análise qualitativa tem, portanto, como características

[...] o reconhecimento dos atores sociais como sujeitos que produzem conhecimentos e práticas; [...] a aceitação de todos os fenômenos como igualmente importantes e preciosos: a constância e a ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio, as revelações e os ocultamentos, o significado manifesto e o que permanece oculto. (PAULILO, 1998, p. 125).

Ainda, de acordo com Richardson (1999) a análise qualitativa pode descrever a complexidade de determinado problema, compreender processos dinâmicos vividos por grupos sociais e possibilita, em maior profundidade, o entendimento das particularidades comportamentais dos sujeitos. A opção pela abordagem qualitativa apresenta-se, dessa forma, como ideal para o objetivo deste trabalho.

Deve ser lembrado que a pesquisa qualitativa é caracterizada por uma abordagem única de ir além das aparências superficiais do cotidiano. Permite ainda fazer uma análise teórica dos fenômenos sociais baseada na rotina dos indivíduos e uma “aproximação crítica das categorias e formas como se configura essa experiência diária”. (RICHARDSON, 1999, p. 103).

O arrazoado acima tenta esclarecer que o presente trabalho não tem a intenção de ser representativo no que diz respeito ao aspecto possibilitador de reinternações, nem tão pouco de ser generalista, salvo se dentro do território das possibilidades de generalização.

O cerne da análise encontra-se disposto no específico e individual, relacionados sempre com os contextos sociais dos quais as subjetividades emergem e no sentido de entender em profundidade as significações das ações aparentes.

O tipo de situação a ser analisada levou a preferência em utilizar, como técnica para obter o conteúdo das representações sociais elaboradas pelos sujeitos da pesquisa, a história de vida, especificamente, a história de vida tópica, que focaliza uma etapa ou um determinado tema da experiência em questão. (MINAYO, 2001). Privilegiou-se a trajetória do indivíduo, compreendida entre a desinternação e posterior regresso ao Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.

Na história de vida, “embora tenha sido o pesquisador a escolher o tema, a formular as questões ou a esboçar um roteiro temático, é o narrador que decide o que narrar” (PAULILO, 1998, p. 133), possibilitando ao indivíduo retomar sua vivência de forma retrospectiva.

As histórias de vida contidas neste trabalho foram construídas através de entrevistas não estruturadas, também chamadas entrevistas em profundidade. Segundo Richardson, o termo entrevista é derivado de duas palavras: *entre*, indicando relação de lugar ou espaço que separa duas pessoas ou objetos; e *vista* que se refere ao ato de ver, sendo, portanto, entendida como “ato de perceber realizado entre duas pessoas”. (RICHARDSON, 1999, p. 208).

O autor trás ainda que a entrevista em profundidade

[...] visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de determinado problema: as suas descrições de uma situação em estudo. Por meio de uma conversação guiada, pretende-se obter informações detalhadas que possam ser utilizadas em uma análise qualitativa. (RICHARDSON, 1999, p. 208).

Realizaram-se entrevistas com os internos sem, no entanto, estabelecer perfil prévio destes para a seleção. Optou-se em entrevistar também os familiares no sentido de verificar

o reflexo trazido pelo portador de transtorno mental no contexto familiar. O contato inicial com os internos foi realizado diretamente pela pesquisadora, já com os familiares o contato foi mediado pela equipe de Serviço Social do HCTP. Todas as entrevistas foram realizadas no consultório médico da referida instituição, salvo as realizadas com os familiares de um dos internos, em sua própria residência. Fato ocorrido pela distância entre a cidade onde estavam residindo e o Hospital, somado a dificuldade de deslocarem-se ao local. A ocasião deu-se por motivo de trabalho, realizada pela pesquisadora, no período em que ainda encontrava-se como estagiária da instituição, aproveitando-se o momento para realização das referidas entrevistas.

Assim sendo, foram entrevistados um total de nove pessoas, cinco internos e três famílias, sendo que em uma das famílias foram entrevistados dois membros, como já relatado acima. A impossibilidade de contato com dois grupos familiares se deu pela distância geográfica de suas residências em relação ao HCTP e a dificuldade dos mesmos em dirigirem-se à instituição. Em ambos os casos, a pesquisadora também se encontrava em dificuldade de deslocamento.

Travou-se o acordo que as entrevistas seriam gravadas, reservando ao entrevistado o direito de não responder o que considerassem inconveniente, bem como o anonimato. Convencionou-se, portanto, a utilização de nomes fictícios.

Todos os entrevistados possuíam pelo menos uma reinternação, sendo a última ocorrida no decurso igual ou inferior a um ano. Obedecendo aos dois critérios acima se encontrou um número de 20 (vinte) internos, sendo que destes apenas 13 (treze) encontravam-se em condições de participarem da pesquisa. As condições referem-se a características e estados próprios da *doença* que poderiam comprometer os resultados da pesquisa. A seleção das cinco histórias de vida, a partir dos 13 internos, foi aleatória.

As entrevistas duraram em média, 45 (quarenta e cinco) minutos. Elas partiram de um roteiro previamente elaborado, constituído por alguns eixos temáticos. O roteiro não possuía perguntas pré-formuladas, sendo feitas durante o processo da entrevista e respeitando o ordenamento de idéias dos entrevistados.

O primeiro eixo abordou a questão dos relacionamentos familiares e/ou afetivos. O segundo aprofundou o assunto trabalho, tanto no sentido de direito, quanto como valor social. O terceiro referiu-se ao habitat em que vivia o entrevistado, privilegiando o conhecimento sobre suas condições de moradia e a comunidade onde estava inserido. O último relacionou-se as questões próprias do transtorno mental e seu reconhecimento.

Todo o material foi transcrito e posteriormente analisado, sendo cada entrevista considerada em sua totalidade e posteriormente dispostas na forma de categorias, conforme relatado acima. Ao serem descritas nos resultados, procuraram respeitar as categorias já referenciadas no decorrer deste texto.

Utilizou-se, como complementação para as entrevistas, a consulta documental dos prontuários médicos, jurídicos e sociais dos sujeitos, contidos na instituição.

A formatação das falas dos entrevistados procurou obedecer as normas previstas pela Associação Brasileira de Normas Técnicas - ABNT. No entanto, achou-se necessário introduzir um destaque a mais, no sentido de diferenciá-las das citações comuns. O destaque escolhido foi o *itálico*.

4- RESULTADOS

Todos os entrevistados estavam, no momento da pesquisa, cumprindo Medida de Segurança. Os sujeitos referidos são: Vagner, Rodrigo, Adriano, Paulo e Márcio.⁷

Vagner é solteiro, natural do sul do estado, local onde reside, tem 25 anos, com ensino fundamental incompleto e sem profissão definida. Possui várias internações em hospitais psiquiátricos, antecedentes a atual. Está internado pela segunda vez no HCTP por furto. De acordo com o laudo pericial, possui transtorno esquizofrênico.

Rodrigo é solteiro, natural do estado do Rio Grande do Sul e reside no planalto catarinense. Possui 32 anos de idade, ensino fundamental incompleto, sem profissão definida e aposentado por invalidez. Possui quadro de internação psiquiátrica anterior ao HCTP, onde se encontra internado pela segunda vez, sendo os motivos: calúnia e difamação; atentado contra a vida; vandalismo. É lhe atribuído quadro psicótico não especificado.

Adriano é solteiro, natural de Florianópolis, local onde reside. Tem 33 anos, ensino fundamental incompleto e sem profissão definida. Teve seis passagens pelo Instituto de Psiquiatria e encontra-se pela quarta vez no HCTP, todas por furto e roubo. O laudo pericial diagnosticou transtorno psicótico com predominância de sintomas delirantes, provavelmente decorrentes do uso de drogas.

Paulo reside no sul do estado, local onde nasceu. Possui 40 anos de idade, ensino fundamental incompleto, trabalhava como cozinheiro e atualmente fazia trabalhos informais. É aposentado por invalidez. Têm histórico de internação em outros hospitais

⁷ Todos os nomes verdadeiros foram trocados por nomes fictícios.

psiquiátricos, anteriores ao HCTP. Encontra-se sob Medida de Segurança por atentado ao pudor, sendo portador de transtorno psicótico com natureza esquizofrênica.

Márcio é natural do norte do estado e reside em Florianópolis. Possui 26 anos, primeiro grau incompleto, nunca trabalhou. Não possui internações psiquiátricas anteriores ao HCTP, onde está pela segunda vez. A primeira internação se deu por roubo e homicídio, a segunda por tráfico de entorpecentes. Foi lhe atribuído quadro psicótico de esquizofrenia.

Os assuntos abordados, durante as entrevistas, foram relacionados de acordo com as categorias estabelecidas anteriormente, ou seja, relacionamentos familiares e/ou afetivos; trabalho, tanto no sentido de direito, quanto como valor social; habitat e reconhecimento do transtorno mental.

4.1- Relacionamentos familiares e afetivos

A relação familiar aparece de forma ambígua, de um lado mostram-se preocupados com seus portadores de transtorno mental, de outro lado tem medo, sendo a hospitalização solução para seu sofrimento. A polícia é utilizada como contenção e mediadora das internações. Por receio de que os sujeitos em questão apresentem novamente alguma dificuldade, a família exerce controle sobre suas ações.

[...] a minha mãe me apoiou em casa, né? Me apoiou, meu padrasto me apoiou, me deram uma força pra mim. Assim, no começo eles não queriam que eu saísse muito de casa a noite, entendeu? [...] Tem uns dois tios meus que tem a mania de me controlar, se eles me vem com bebida de álcool, eles chegam pra mim “Toma cuidado”, “Não bebe”...Aí eu fico só escutando, daqui a pouco eu falo “O bicho eu te devo alguma coisa, o tio eu te respeito, tu tem que me respeitar também, alguma vez eu já encomodei a mãe lá em casa”, entendeu? Daí começa aquela confusãozinha, aí eu tenho que baixar a bola pra não dar coisa pior. (Vagner).

Daí minha filha me ligou e disse “Mãe Graças a Deus, internei o Vagner”, e eu disse “Tá bom minha filha internasse, então tá muito bom”. Ai depois foi onde eu descansei mais, a minha vida tava mais descansada quando ele tava lá. (avó de Vagner).

Da última vez que ele veio, né? De tanto que eu insisti pra ele ficar em casa, nós dois discutimos, nos pegamos de pau. (irmã de Vagner).

A gente não teima com ele, a gente não teima com nada, despista, dá um duro, nunca mostra assim que tem medo, mas não teima. [...] a gente não fala muita coisa, porque não dá pra contrariar ele, não dá. (mãe de Adriano).

Todas as famílias possuem arranjos próprios. A família de Adriano, Vagner, Paulo e Márcio são recompostas.⁸ Márcio e Vagner são filhos de mãe solteira e foram criados pelas avós. Paulo tem a mãe falecida e Adriano e Rodrigo o pai, sendo que o último reside com sua mãe que se encontra sem companheiro. Apenas a família de Adriano não é extensa.⁹ Observa-se nas falas que o relacionamento com padrastos e madrastas não é bom, pois não são considerados parentes legítimos. Outro fator que aparece são relacionamentos conflituosos com os pais biológicos e demais membros, demonstrados por episódios de agressão.

[...] eu acho que é até por isso que eu sou revoltado, porque nunca tive pai, né? A minha mãe tá com o marido dela [...] Meu pai nunca vi, nem sei se é preto, se é branco, pra mim não me interessa mais, o único pai que eu tenho é a fé em Deus, aquele ali é meu pai [...] (Márcio).

Eu não aceitava porque ele (refere-se ao padrasto) não era meu pai, se ele fosse meu pai até aceitava, mas ele não era meu pai, entendeu? Daí eu não aceitava muito, não. (Vagner).

[...] ele só chegou a dar um soco na minha outra guria e dessa vez ele queria sair eu não deixei, daí ele avançou. O mais novo sempre fica ofendido porque esse aí diz de tudo né? Não deixa passar nada, tudo que vem a boca ele diz, fica mais rebaixado que cachorro de rua, tudo, tudo que vem na boca ele fala, não tem respeito por nada, fala tudo quanto é palavrão[...]. (mãe de Adriano).

⁸ Famílias recompostas são as que tiveram sua estrutura modificada e integraram novos membros ao seu grupo familiar (padrasto, madrasta). (FONSECA, 1989).

⁹ Famílias extensas são aquelas que têm outros membros (avó, avô, tios) residindo na casa além dos pais e filhos. O cuidado cotidiano dos membros não fica somente sob responsabilidade dos pais. (FONSECA, 1989).

Eu tentei matar meu padrasto, daí a minha mãe me mandou embora de casa. A mãe até me deu uma casa no Rio Vermelho, mas eu vendi e depois voltei a morar com a mãe. (Adriano).

Se davam (refere-se aos pais biológicos), nunca vi os dois ter uma discussão, nada, nunca, nunca. Se davam muito bem. Agora veio uma madrasta tão chata. [...] Teve um dia que eu tava trabalhando de servente de pedreiro, cheguei em casa não tinha comida pronta, ela tava lá atrás fazendo plantação de flores e verduras. Aí ela disse que não ia fazer comida pra mim, que eu desse um jeito (risos). Ah, daí eu joguei as panelas tudo pra rua (risos). Ela ficou olhando e eu voltei pro serviço sem almoçar. A madrasta é um cão, tô pra ver outra mulherzinha que nem aquela [...]. (Paulo).

Alguns dos entrevistados são fonte de renda e auxílio para suas famílias devido à própria situação econômica precária em que se encontram. No caso de Paulo, este é considerado o cuidador de seus pais, a família exige este papel.

Em todos os casos, o uso de álcool e outras drogas é visto pelos familiares como fator propiciador de descontrole emocional por parte dos *doentes mentais*. Desse modo, observa-se a negação da *doença* na família de Vagner.

Eu tava cuidando da minha mãe a semana inteira, aí fui jogar um futebol, quando eu cheguei ele (refere-se ao irmão) tava apavorado. Ele achou que eu não tava cuidando, e começou a brigar comigo, mas eu cuidava dela direto, levava pra hemodiálise tudo. Ah, daí eu parti pra porrada mesmo. E agora meu pai tá no mesmo caminho, e eu já disse eu não vou cuidar, vou avisar a família, “Vocês tem condições, pagam uma pessoa pra cuidar, porque eu não vou cuidar, eu não vou tá morando com essa madrasta”. Eu não tenho necessidade de ajudar meu pai, uma visita ainda faço, agora morar lá não vou. [...] Eles que paguem pra ajudar, por que eu não vou ajudar não, morar com a madrasta não quero nem ver. Se morar comigo não tem problema, porque vai ser só um cantinho pra eu me recolher, fazer minha comida. (Paulo).

[...] quando ele tá usando droga direto [...] daí derrepente ele fica desorientado [...] ele vê tudo, tudo diferente. Meu Deus, ele ficou fora de si, e falou uma semana inteira, de dia e de noite, ele falava tudo, falava. [...] já não sabe onde ele tá, já não sabe mais nada. Aí sabe o que ele faz, ele tira a roupa toda do guarda roupa, ele bota tudo assim em cima da cama, ele junta tudo, bota caixa de fósforos, vela, vai fazendo uma misturada, vai pegando tudo, só gente fora de si mesmo, tudo ele bota, vê tudo de ouro, pra ele é tudo de ouro. [...] Daí a gente só tem que escutar, fazer que nada é nada. (mãe de Adriano).

Eu não acho que ele tenha alguma coisa na cabeça, pra mim ele não tem nada, ele é normal, só quando ele usa que ele fica diferente. Eu que não acho que ele tenha alguma coisa na cabeça, louco como eles falam, eu não acho. Não vejo nada de louco nele, nada mesmo, só quando ele usa droga. (irmã de Vagner).

A religiosidade aparece como solução para abandonar o vício e o crime, sendo estimulada pela família. No entanto, pode-se perceber que tais afirmativas por parte dos entrevistados não se sustentam.

Eu tenho muita vontade de ir pro Desafio Jovem, eu quero parar de fumar cigarro, eu quero parar de festa, não tem? Eu quero parar com tudo, tipo assim, eu quero procurar Deus, sei lá. [...] Fui na Igreja com a minha mãe, na Igreja Universal. Fui, mas um dia eu tava num bar lá, bebi umas cervejas, ela passou na frente, me chamou pra ir na Igreja... Aí eu disfarcei, falei que ia ao banheiro, chupei um chiclete e tal. Aí fui na Igreja com ela e não consegui ficar dentro da Igreja e falei "Vou embora, vou embora". Aí sai da Igreja. Mas eu tenho muita vontade de parar com essa vida aí. Qualquer Igreja, eu quero ficar um tempo assim, no Desafio Jovem, numa fazenda [...]. (Vagner).

Às vezes eu ia com a mãe na Igreja. A mãe é crente, e eu sou católico, mas nem na Igreja eu não ia. Sou católico, mas na Igreja eu não ia não. [...] A mãe implicava que eu ia no bar, queria que eu virasse crente pra ir na Igreja com ela. Eu nunca quis virar crente, eu já fui crente, mas não segui a religião, né? Não adianta ir na Igreja, e continuar bebendo, fumando. (Rodrigo).

Só não vou passar pra crente, mas vou levar uma vida de crente. [...] Como sempre, só vou procurar não beber [...] Eu acredito em um Deus, né? Tem um Deus e se ele não perdoar tamos tudo ao léu (risos). (Paulo).

Assim que os sujeitos voltam as suas comunidades de origem, os colegas conquistados antes da internação são um dos primeiros contatos, introduzindo-os novamente ao meio da droga. Reforça-se, como já foi relatado anteriormente, que os portadores de transtorno mental são financiadores de festas e compra de entorpecentes. A família atribui às companhias parte da dificuldade de seu membro *doente* se manter em equilíbrio quando está desinternado.

E eu preveni o Vagner pra ele não usar mais essa nojeira, mas ele continuou com os amigos, né? Porque ele sozinho era uma coisa, com os amigos era outra. [...] Os "bons amigos" dele moravam tudo por aqui. Houve muitas vezes que ele já tava pronto pra dormir, e eles vinham e

perguntavam se o Vagner tava aqui e eu dizia “Já tá deitado” era mentira, nem tava dormindo ainda tava na mesa. [...] Daqui a pouquinho gritavam de novo e eu dizia “Não rapaz, vai embora vai, daqui a pouquinho ele vai dormir, ele tá doente, deixa”. (avó de Vagner).

Que quando ele vai pra casa e se mantém bem, não existe um menino tão bom. Mas daí a turma gosta de fazer... De certo ele fica cada vez pior, né? Começa um daqui, um dali, e daí ele vai ficando desorientado. [...] Os próprios rapazes é que são drogados. [...] Ele não briga com ninguém, o problema é as próprias amizades dele. (mãe de Adriano).

É forte a diferenciação feita entre as mulheres consideradas como passatempo e as consideradas aptas para ter um relacionamento duradouro. Todos os entrevistados não estabeleceram relação duradoura no período em que se encontravam em liberdade, apenas casos passageiros. Márcio relata a promiscuidade existente e a facilidade com as mulheres após ter *status* na comunidade. Para Rodrigo a bebida dificulta o relacionamento com as mulheres.

Tinha um monte. Dessa última vez eu tive uma namorada. Eu encontrei ela na praia, toda chorando. Fui perguntar o que era, ela me disse que tinha se separado do marido, que tinha uma filha e não sabia pra onde ir. Daí eu aluguei uma casa na XX (refere-se ao bairro em que mora), duas semanas e fui morar com ela e ela ainda me roubou. [...] Ah não, ela era dessas de baile, né? Certinha eu tive uma, aquela era legal, só que daí eu fui preso e ela foi embora. Ela era de São Paulo ou Rio de Janeiro, era lá pra cima, agora eu não lembro. Mas essa era legal, me deu uma aliança dourada, com o nome gravado e tudo, eu gostava dela pra caramba. As outras namoradas é fácil arranjar, é só ter dinheiro, agora que nem ela é difícil. (Adriano).

[...] Não, só passa tempo. Ia no baile, dançava com uma, dançava com outra, era tudo amiga. Tinha outra de treze anos que queria namorar comigo, a mãe dela deu uma sova nela, teve uma discussão com a mãe dela, disse que ia botar a guria no Estatuto da Criança e Adolescente (risos). A velha ficou braba comigo, disse que me botava na cadeia (risos). (Paulo).

A gente fala que usa camisinha e tal, mas a gente sabe que vai chegar uma hora, assim, que o cara vai chegar, esquecer, sei lá, e eu não quero, entendesse? Prejudicar ela (refere-se a ex-mulher), entendeu. Quero que ela cuide da vida dela e do meu filho. [...] vou falar bem a verdade pra ti. Transei um monte de vezes, quando tava da rua, mas foi tudo na boate, com camisinha. (Vagner).

Antes do tráfico eu já tinha mulher, tinha umas três, quatro tudo de família, agora mesmo com o tráfico, pô eu não sabia nem qual eu

pegava, mas aquela em casa, aquela eu sabia que era garantida não tem. [...] Tem umas que tu pega assim e depois não tem nada a ver, já tem outras que é mais carinhosa, dá mais carinho pro cara. Em casa nada, só ilusão, enchendo o saco, na rua com as gata não, é só carinho, então agora é só curticera mesmo. (Márcio).

Eu tive uma mulher já, né? Fiquei um pouco com ela, mas não deu certo, por causa da minha família, né? Depois aí ela foi embora, eu não tinha onde morar, não tinha como alugar casa, nada. Aí ficamos assim, ela se arranjou depois com outro cara, e aí que eu bebi mais ainda (risos). Acabei me perdendo mais ainda na vida. Mas às vezes agente tem umas namoradas. Às vezes eu bebo demais, aí as gurias já não gostam de bêbado, né? Esse tipo de coisa, eu acho que ninguém gosta de quem bebe, eu acho que não. (Rodrigo).

4.2- Trabalho: direito e socialização

Observou-se na maioria das falas que o trabalho é citado como um dos primeiros elementos a serem resgatados. Isso pode representar a importância do trabalho para a autovalorização e o reconhecimento da sociedade sobre sua capacidade produtiva, já que em todos os casos não há problemas graves quanto à situação econômica, e quando esta aparece os sujeitos estão em situação de aposentados. O não trabalhar aparece com significado de falta de vontade, falha de caráter. As falas abaixo demonstram as observações relatadas:

Se eu ficasse trabalhando eu conseguia (refere-se aos seus objetivos), porque, quem trabalha consegue o que quer, entendesse? Quem trabalha consegue, só não consegue quem não quer. (Vagner).

Eu saía mais no sábado e domingo. Ia pro Centro, pro Jardim, depois vinha pra casa. Quando eu era mais jovem eu quase não tinha tempo pra sair, eu trabalhava com um japonês e tinha que trabalhar direto, era sábado, era domingo, era segunda, todo dia tinha que trabalhar. Eu quase não saía, no final de semana ia num baile, conversar com os amigos, pegava uma mesa, enchia de bebida. Depois que me aposentei acabei ficando meio “vadiozão” (risos), mas eu trabalho, se eu tiver um serviço quando sair, eu trabalho.[...] Tu fica com liberdade, sai, trabalha e se diverte também, né? É bom a gente na rua, liberdade é bom, né? A gente preso não faz nada, fica tudo parado, não trabalha. A gente fica perdido quando tá aqui nesse lugar. (Rodrigo).

Já comecei fazendo festa no primeiro dia. Daí eu trabalhava também, pegava empreitada, roçar pasto, pescava camarão, siri. Tinha atividade.(Paulo).

Márcio tem uma perspectiva diferente. Atribui que o trabalho legal é penoso e pouco valorizado, considerando a atividade ilícita mais valorizada social e economicamente, em especial na comunidade em que reside. Reforça sua afirmação ao relatar sobre o próprio retorno financeiro: em pouco tempo consegue a remuneração que em um trabalho lícito conseguiria em torno de um mês. Uma observação importante é feita pela ex-esposa ao relatar a dificuldade do entrevistado em conseguir um trabalho, apontando para influência negativa do contexto social em que Márcio está inserido.

[...] porque se eu trabalho um mês pra ganhar um salário, pô num dia eu ganho um salário no tráfico, ganho mais que dois mil reais por mês [...]. (Márcio).

Mas não deu pra ele, não tinha estudo nada, nunca trabalhou, não tem experiência em nada. No começo ele procurou, mas não conseguiu, daí ele desistiu. (ex-esposa).

Adriano não se refere ao trabalho diretamente. Isto pode ser atribuído ao fato de sua família ter condição econômica confortável e não precisar trabalhar para auxiliar na renda da família. No entanto, quando fala da prática de atos ilícitos aparece a questão moral, sugerindo o caráter socializador reconhecido pela prática do trabalho e não encontrado quando de sua ausência.

[...] fiquei só na sem-vergonhice, roubei, usei droga. Quem rouba é sem vergonha. [...] É, só sem-vergonha que rouba. A mãe me dá tudo, roupa pra eu ir nos bailes dançar, comida, não preciso roubar. (Adriano).

4.3- Habitat

As residências apareceram de forma bastante particular para cada sujeito. Rodrigo reside em uma casa de madeira, pequena e localizada no centro da cidade que comporta com dificuldades sua família. Moram ele, sua mãe, sua irmã e sua sobrinha. O entrevistado relata desejo de mudar de casa, planejando pleitear através da Prefeitura Municipal uma casa onde possa morar sozinho e que seja localizada na área rural, local que pensa não ser perseguido pelo vizinho, a quem atribui parte da culpa por suas internações. Tal observação é expressa em sua fala:

Quando eu sair daqui vou trabalhar, né? Arrumar um serviço no sítio, vê se eu saíu desse lugar, esse lugar que esse cara que me deu a pedrada mora em frente a nossa casa. A mãe ganhou uma casa da Prefeitura, mas ela não quis. Era de material e tudo, nós moramos numa casa de madeira. Ela disse que era muito longe dali, do centro. Mas quando eu sair daqui eu vou ver se consigo a casa. Vou morar sozinho. (Rodrigo).

Paulo residia sozinho em uma casa que ganhou de herança da mãe. Atribuía ser uma casa boa, de material e bem cuidada. No entanto, esta pegou fogo num incidente, estopim para seu retorno ao HCTP. Seu pai está providenciado nova casa para Paulo morar quando for desinternado, no mesmo local onde se encontrava a primeira.

Márcio conseguiu adquirir casa própria, através do tráfico, *atividade comercial* que pratica. É uma casa grande, localizada num bairro de periferia, onde realiza a venda de entorpecentes.

Adriano, mora com a mãe, padrasto e um irmão mais novo em uma casa grande de alvenaria, localizada num bairro de classe média. Seu quarto fica localizado na edícula, nos fundos do terreno. A família justifica seu isolamento porque o entrevistado utiliza-se de drogas constantemente, incomodando-os com o cheiro e, em decorrência do uso, furta objetos do lar.

[...] é uma casa grande, tem uma área atrás, que tinha um caminho como se fosse para cozinha, agora não tem nada, eu ponho uma cama,

um guarda roupa, pra ele ficar ali, porque ele fuma que não há quem agüente, é um chaminé. Mesmo ele estando lá atrás fumando um monte, dentro de casa não há quem agüente, imagina dentro de casa. [...] porque se ele fica dentro de casa quando tá meio desnorteado ele pega tudo, tudo, tudo. (mãe de Adriano).

Vagner passou alguns meses morando com sua mãe, padrasto e irmãos no Rio Grande do Sul, em um apartamento localizado num bairro de classe média. Nos últimos meses residia com sua avó, sua irmã de criação e seus dois sobrinhos, num bairro de periferia em cidade do sul de Santa Catarina. A casa, segundo o entrevistado e familiares é pequena, sendo difícil comportar todos os membros da família com conforto.

Em todas as falas o bar e as boates aparecem como os espaços de lazer. Também foram apontadas festas entre amigos e aglomerações públicas. Em todas as atividades está presente o álcool e quase como uma consequência à utilização de drogas ilícitas. Pode-se observar que atividades culturais não são citadas como espaços de lazer. Em algumas falas verifica-se que o portador de transtorno mental é usado como financiador das festas e compra de drogas. A fala de Márcio destaca-se por trazer a violência como forma de lazer e prazer.

Eu bebia sempre, né? Chegava num bar, conversava com os amigos, tomava uma cachaça, tava todo mundo bebendo. (Rodrigo).

É um dia eu fui numa boate com uns amigos meu lá da firma...Fui na boate, daí tá...Aí eu bebi, entendeu? Eu bebi, bebi umas cervejas [...] Daí eles assim, vamos pegar uma “bucha” e tal... Eu disse “Tô sossegado não tô afim”. [...] Daí pô, começaram a me pressionar e tal [...] daí eu fui. Eu tava com trezentos e oitenta reais no bolso, do salário do meu padrasto, ele que me pagou. [...] Só sei que dos trezentos e cinqüenta que sobrou, não sobrou mais nada. Cheiramos tudo, a noite toda. (Vagner).

Eu ia no baile, dançava um monte. Dançava na praia. [...] Ah, eu ia no palco da praia, naquela promoção do Verão Vivo, sabe? Eu dançava um monte, assim (demonstra a dança), cheguei até a ganhar medalha quando eu dancei no palco. Dançava um monte, no baile, na beira da praia. (Adriano).

Agente ficava na beira da Lagoa, fazendo churrascada e ouvindo som. Um dava arroz outro dava carne, carvão e eu, na minha condição de aposentado que ajudava mais ainda. Lá agente ficava tranquilo, tocava violão [...] fazia festa. (Paulo).

A gente se diverte lá no bairro, bota o som bem alto, coloca o rap. Nosso prazer é escutar rap, colocamos o som alto no barranco e ficamos escutando. Às vezes agente tá afim, então coloca rap, três dias seguidos, sexta, sábado e domingo, daí vem a polícia, né? Vem a polícia acaba o som, daí a gente pega as armas, já vai dá uns tiros neles. A adrenalina, eu acho mesmo que pra mim é matar, né? Eu acho que pra mim o sentimento de matar um policial...O que me satisfaz, na real, é matar um polícia, eu adoro guerrear com policial. (Márcio).

Quando levantado o assunto sobre as drogas, reafirma-se que os amigos aparecem como influências negativas. O álcool aparece como a primeira droga a ser utilizada, sendo porta de entrada para as demais. Os danos causados pelo seu uso são conhecidos, sendo constante na fala brigas e crimes em sua decorrência, bem como considerada uma das causas para reinternações. Observa-se que o discurso é o mesmo em todos os casos: parar com vício. No entanto, este aparece como uma fala montada, para sensibilizar o entrevistador de sua recuperação e arrependimento.

Eu não posso tomar bebida de álcool se não eu procuro a droga. (Vagner).

Eu que bebia, eu tava exagerando, tava bebendo demais. A gente fica um pouco ruim, agente com a bebida às vezes fica ruim, discute com a família [...] Quando eu tava lá eu bebia, gostava de tomar também uma cachacinha. Isso aí não faz bem pra gente, só faz mal, né? Mas eu sou viciado, né? (Rodrigo).

A pinga. O que me fez voltar foi a pinga. A pinga. Por que quando eu tomo, eu não levo desaforo pra casa, levo esparadrapo... (risos). A pinga contribuiu pra eu voltar pra cá. [...] quando eu sair eu vou para de beber, porque a minha má conduta lá fora é por causa da biritá, muita pinga pra cabeça e maconha, né? (risos). (Paulo).

Aparece ainda nas falas, o entendimento de não poder misturar substâncias psicoativas com a medicação, contudo a escolha é parar de tomar os remédios receitados em favor do uso de álcool e outras drogas. Isto demonstra uma não aceitação de suas limitações e o desconhecimento em relação ao transtorno mental.

Eu usava, injetava cocaína na veia. Daí eu não tomava remédio porque eu bebia e não pode misturar com remédio se não impregna. (Adriano).

Outro fator presente é o histórico de usuários de álcool e outras drogas em algumas famílias, expondo os sujeitos entrevistados a situações de risco dentro do próprio lar. Pode-se pensar que este fator está relacionado com o primeiro contato com substâncias psicoativas ainda na adolescência.

Ele (refere-se ao pai) usava muito álcool, a mãe se separou e daí ele foi morar com a irmã dele. Ele morreu agora, faz uns três anos, eu tava na rua, fui no enterro. Ele morreu de câncer na boca, ele bebia álcool de carro, botava a mangueira na boca. Era viciado, Colônia Santana direto. (Adriano).

[...] era meio neurótico, ele (refere-se ao padrasto) bebia também, né?. Assim, começava a gritar com minhas duas irmãs e eu não aceitava, não tem? [...] Eu me queimava com ele... (Vagner).

Eu já fumava desde pequeno, né? Desde quinze anos...(Adriano).

[...] eu comecei a beber com doze anos, mais ou menos. (Rodrigo).

Tinha sumido um anel da minha filha, dessa que está aí. Aí nós fomos lá e ela (refere-se a vizinha) disse assim “Aí Dona, não da parte não, Dona”. Eu disse assim, “Mas como é que uma mulher velha dá droga prum guri pequeno?”. Ele tinha doze anos. (avó de Vagner).

Márcio difere-se dos demais fazendo crítica quanto aos efeitos da droga. Está a quatro anos sem utilizá-la.

Comecei com dez, onze anos, fiquei até os meus dezoito anos usando drogas. A droga te deixa sem ação, te leva à falência, tu mata por causa de cinco, dez reais. Então não leva nada. Hoje, graças a Deus, não uso nada, só o crime mesmo. (Márcio).

Outra questão relatada é sobre a comunidade em que vivem. Adriano e Paulo dizem gostar do local onde moram e das pessoas com quem convivem. Já Vagner e Rodrigo atribuem parcela de suas reinternações a comunidade que estão inseridos.

Era muito legal, eu adoro a XX (refere-se ao bairro em que mora), tem um monte de gente legal, gatinhas (risos). (Adriano).

Pra tu ter uma idéia, só “caio”, só vou preso em XX (refere-se a cidade em que mora). Outra cidade eu não vou preso. (Vagner).

É, o problema só tá ali, né? E olha que nós era amigo dele. [...] É só com ele. O cara é doente, não sei como é que pode. Ele sofre de ataque, aquele desgraçado. [...] Eles já me aprontaram pra mim várias vezes lá e sempre ficou de graça pra mim, então eu não quis fazer a paz com ele. Mas isso tudo é passageiro, passa. No fim eu saí daquele lugar, eles ficam na deles e eu fico na minha. (Rodrigo).

Observa-se, através das falas, que os portadores do transtorno mental são conhecidos dos demais moradores e da polícia, demonstrando relativo controle destes sobre suas ações. Quando ocorre algum acontecimento a culpa logo é atribuída ao *doente mental*. Do mesmo modo, os sujeitos em questão são, por vezes, tratados como se fossem as diversões do bairro. É lhes imposto estereótipos. Tais constatações podem ser percebidas nas falas que seguem:

Quando eu tô na rua eu sei lá o que é que acontece, eu acho que é muita “cacoetagem”, né? Eles não podem me ver legal, não podem me ver trabalhando, com dinheiro no bolso. Muito...sei lá, pra falar a real eu acho que é muito olho grande. (Vagner).

A vizinhança...são tudo bom. O único que não presta é aquele meu vizinho que me deu uma pedrada. Ele mora em frente de casa. Eu tava numa boa, ele me deu uma pedrada sem mais nem menos. Aí me acusaram, fui pra delegacia, e que eu quebrei o caminhão dele. É tudo mentira! Não fiz nada disso. [...] pra se manjar com a polícia é facinho, qualquer coisa eles já chamam a polícia, botam a gente na fogueira. (Rodrigo).

Por que qualquer coisinha que dá, a cidade é pequena, só tem duas viaturas, uma militar e uma civil. Cada uma trabalha quatro policiais, todo mundo da polícia me conhece. Pode tá vinte brigando, se eu tô no meio, quem vai preso é eu. (Paulo).

Eu acho que eles não fofocam de mim (risos), às vezes falam “aquele maconheiro” (risos). Aquela turma de caretão me chamava de maconheiro. (Paulo).

Brincam um monte comigo, todo mundo me conhece, no palco me chamaram uma vez “vamos chamar pra dançar com a gente o Pancadão”, foi legal. (Adriano).

Mais uma vez a fala de Márcio difere-se das demais. Relata que quando era usuário de drogas não era respeitado pela vizinhança, no entanto quando decidiu parar de utilizá-las e começar a traficá-las, conseguiu impor respeito na comunidade. O respeito foi

conseguido, também, através de violência. Diz ter relacionamento de confiança com seus parceiros e alguns moradores da região, sendo os que não se enquadram neste perfil, ameaçados e expulsos da comunidade. A confiança se dá por que a maioria dos moradores também está envolvida com atos ilícitos, o que gera um mecanismo de proteção entre eles. Constata-se que o tráfico foi a forma de ascensão social e econômica para Márcio dentro de sua comunidade.

Lá na rua é assim, primeiro o cara tem que matar, não tem? Se não matar no morro, não sobrevive, ninguém respeita, não tem? A gente tem que tomar uma atitude pra defender nossa família, arrumar nosso parceiro, porque o cara que fica mais quieto, no canto dele, aquele é o que vai mais rápido não tem? Então não tem essa de usar droga, não preciso disso, agora vou trabalhar e ganhar dinheiro com ela, não tem? [...] é massa, tu tá dentro da tua casa e saber que o teu nome tá por tudo, tá até em XX (refere-se a cidade no norte de Santa Catarina), é um negócio grande, nos morros tudo, saber que o pessoal diz “o cara lá é dos bons, ele tem pó bom”, então tu faz isso pra te satisfazer. [...] tem uns cinco vizinho que é de confiança, não tem? O resto já é cagoeteiro. Daí a gente sai encapuzado, de dia mesmo, descendo com as armas, então os vizinhos já sabem que agente é tenebroso. [...] que a maioria tem os filhos no crime, então não tem como atrasar nem eles, nem eu não, não tem? [...] O resto é tudo cagoete. Nós corremos com um monte da favela, ninguém fica, se for pra apoiar a favela fica, se não for vai embora, corremos com uns dez. (Márcio).

4.4- Transtorno mental: reconhecimento e implicações

Todos os entrevistados relatam não se considerarem portadores de transtorno mental, atribuindo a si mesmos a característica de “nervoso”. Contudo, em algumas exposições percebe-se certa confusão em relação a isso, pois tentam justificar o porquê de seu comportamento nervoso. De uma forma geral aparece, também o descrédito sobre o tratamento hospitalar que receberam, seja no HCTP, seja em outras instituições psiquiátricas pelas quais passaram. Estas afirmações vêm reforçar o descuido com o

tratamento ambulatorial caracterizado pelo acompanhamento médico e ingestão de remédios, recomendados pela perícia médica do HCTP quando de suas cessações.

Entre as justificativas relatadas encontra-se: os efeitos colaterais do remédio; a proibição de usar bebidas alcoólicas e outras drogas associadas aos medicamentos; a ineficiência da medicação, não sentem alterações ingerindo-as.

Não, eu ficava bem, só às vezes que eu ficava triste, pensava em me matar, daí eu ficava num canto quieto e chorava um monte, às vezes ficava nervoso. (Adriano ao relatar porque não seguia o tratamento ambulatorial).

Hospital Psiquiátrico não tá adiantando, não adianta Hospital Psiquiátrico, não adianta esse negócio de médico e tal, não adianta. Pra tu ter uma idéia, eu tô aqui desde que eu entrei aqui, quando eu cheguei aqui eu comecei a tomar só um Neozine 25 mg, só pra dormir. Aí fiquei duas semanas tomando esse remédio, depois o médico tirou, aí tô legal, sem tomar remédio, não piro. [...] Eu ia num psiquiatra, a minha mãe tava marcando consulta, parece que até remarcou, ou tinha remarcado pra dar pra mim ir no psiquiatra, só que eu deixei pra lá [...]. (Vagner).

A não sei, o médico me disse lá que eu era doente da cabeça, que eu tenho problema na cabeça. Quando dá o problema na cabeça, enfraquece o corpo inteiro, daí tomava remédio, tomava remédio forte pra caramba. Pra levantar da cama pro banheiro dava uma tontura, ficava segurando nas paredes. Mas eu acho que não tenho nada, só acho que a pedrada que o cara me deu, contribuiu um pouco. [...] Esse remédio deixa a gente tudo impregnado, é ruim pra caramba. [...] quando eu saio eu não tomo os remédios. Eu não gosto de tomar remédio. E depois eu acho que eu não tenho problema. Mas é que os médicos acabam dizendo que eu sou doente da cabeça, que eu tenho problema na cabeça, sei lá, né? Eles dizem assim “você tem que fazer tratamento” que eu tenho que tomar o remédio em casa.[...] Eu acho que eu tô ruim porque, às vezes, eu fico ruim mesmo da cabeça, dá problemas na idéia, fico agressivo com os outros às vezes, né? Não com os de casa, mas com os outros. Fico nervoso, acabo chegando nos outros. Mas isso é mais difícil de acontecer comigo. (Rodrigo).

Bom, desde que eu saí daqui, eu cheguei em casa eu cortei meu próprio Aldol, que é um medicamento extremamente forte, porque ele causa impregnação, tira a coordenação motora praticamente do corpo. [...] Quando eu entrei aqui eu tava assim, sem medicação, agora continuo igual, esse é meu estado normal. [...] Como eu entrei aqui eu tô, não vejo diferença nenhuma, eu não sou doente. Não sou doente mental. [...] Eu tenho quatro internações na Colônia Santana, e aqui eu tenho duas com essa. Tive internado também no Rio Maina, duas vezes. É que eu ouvia vozes, e o que ela mandava eu fazer, eu tinha que fazer se não eu me matava. (Paulo).

Não tenho nada de doença, tá louco. A única doença era a droga, mas parei faz tempo, quatro anos já. (Márcio).

Márcio admite ter tido um episódio de descontrole emocional quando cometeu seu primeiro homicídio, motivo pelo qual foi internado a primeira vez no HCTP, no entanto acha que foi passageiro.

Eu vou falar bem a real, quando eu matei um cara, eu fiquei em estado de choque, foi o primeiro homicídio que eu tive, né? [...] não sei o que deu em mim, só sei que saí de si, pirei, não sei se pirei, não sei deu um branco, eu lembrava das coisas, mas tava meio aéreo, pensava em mulher, filho, mãe, que eu ia pegar doze anos, deu estado de choque, daí vim pra cá, onde a médica me internou aí e me deixou, só que eu não sou maluco! (Márcio).

Paulo demonstra, através de seus relatos, que aprendeu a administrar seu transtorno mental, apesar de não aceitá-lo. Diz continuar a ouvir vozes, mas não se importar mais com elas. Ainda, relata que mente para os médicos que está bem, sem ouvi-las, pois teme que estes realizem experiências empíricas, na tentativa de curá-lo.

Mas eu continuo ouvindo vozes, não tô mais nem aí com elas. É umas vozes esquisitas, bah, “xaropeia” pra caramba. Daí vem o médico perguntar como eu tô, eu digo tá tudo bem, faz seis meses que eles não me chamam. [...] Isso não vai pro médico? [...] Porque se não eles vão querer fazer experiência comigo [...]. (Paulo).

Vagner e Rodrigo observaram que após a desinternação, têm um período de adaptação social, variando de um a dois meses.

No começo a gente sempre estranha, né? Qualquer um, fica um ano, dois anos trancado, aí sai na rua estranha, no começo. Aí depois começa a conversar com os amigos, começa a sair, entendesse? Aí depois vai voltando tudo, coisa de duas semanas, três até um mês pra voltar tudo assim, pra ficar como antes. (Vagner).

Às vezes fica ruim um pouco [...] Dá uma diferença quando tu sai na rua, até pegar o conhecimento com o pessoal de novo. [...] Um, dois meses, tipo assim. Daí já fica normal de novo. (Rodrigo).

Nas falas de Vagner, Márcio e Paulo observa-se crítica quanto à internação no HCTP. Todos demonstram desejo de cumprirem sua sentença em cadeias comuns, admitindo que devem prestar contas com a sociedade pelos crimes que cometeram. Pode-se perceber que os entrevistados possuem mais autonomia nas cadeias comuns e tem domínio sobre sua condição de apenados, sabendo de suas implicações.

Paulo faz questão de frisar a diferença dos internos quanto à periculosidade, achando que deveriam ser reclusos em locais diferentes. Faz-se necessário explicar que todos os apenados considerados portadores de algum transtorno mental, são internados no HCTP, independente da periculosidade e grau de comprometimento do transtorno.

Eu acho que foi o seguinte, eu fiz coisa errada e eu sou obrigado a pagar, entendesse? Só que eu não queria voltar pra cá. Eu tava no presídeo, tava numa boa, eu não queria voltar pra cá, se dependesse de mim eu não voltava pra cá. Mas se o juiz me mandou pra cá eu não posso fazer nada, mas eu preferia ficar preso em XX (refere-se a cidade de origem). (Vagner).

[...] não tinha que me trazer para cá, eu queria ficar na penitenciária, lá tem os meus irmãos, tem com quem trocar idéia, não tem? Aqui eles tem umas idéia que não tem nada a ver, não gosto das idéias dos caras do pátio, não tem nenhuma malandragem, não tem? Pô lá no presídio eles tem mil e uma idéia, aqui não, eles não tem nem memória, só pensam em bobagem, “viadagem”, beijo na boca, pra mim não...pô me apavoro com esses caras aí, me apavoro. [...] O presídio é bom, não tem como explicar, é sem palavras, não tem? É um lance diferente, tem nossos parceiros, nós mesmos fazia nosso “rango”, fritava, cozinhava, é sem palavras, não tem como...tinha televisão, ventilador nos quartos. É bem diferente, só que é um lance perigoso, tu não pode mancar, se vacilar já era, né? (Márcio).

Porque a minha vontade é de estar na cadeia na minha comarca de origem, ficar lá que eu tenho condições de me manter. [...] só sei que tô aqui há três anos, já. Coisa que se eu tivesse na cadeia, já tinha saído há mais tempo. Agora o convívio aqui, agente convivendo com, assim com a simplicidade do meu caso, né? Queima de casa, corredão com richa de briga, essas coisas, nunca feri ninguém, nunca fiz sangue em ninguém, então esse convívio com esse pessoal aqui dentro é um negócio que não deveria ter aqui dentro, convívio com marginais e pessoas do meu caso, eu não sou marginal. Eu nunca fiz sangue em ninguém nunca briguei, inclusive aqui dentro nunca briguei, nunca provoquei, já fui provocado, mas deixei pra lá, devido a minha sanidade mental, né? [...] E eu te digo de novo que eu acho que isso aí deve ter uma separação esse convívio aí, o XX (refere-se a outro interno) teve na tranca porque encontraram ele com espeto, agora vai que dá uma

intriga e ele bota o espeto num ladrão de galinha, vamos dizer assim, morrer no meio da “bandidagem”. [...] Os marginal são mais violentos, ele são mais violento. [...] e tá tudo misturado. [...] Isso aí não deveria, ficar tudo convivendo aí. (Paulo).

De uma forma geral entende-se, através da fala dos entrevistados, que o HCTP, não possibilita autonomia e controle de sua condição de apenados, como uma cadeia comum. Da mesma forma, não tem resultados positivos no tratamento dispensado aos internos, porque estes dizem não sentir melhoras utilizando medicação ou não. É importante ressaltar que nas falas de Marcio e Paulo está implícito o preconceito sobre eles próprios. O primeiro demonstra medo dos portadores de transtorno mental e utiliza expressões pejorativas para classificá-los: “malucos”, “coisa de louco”, não se considerando um deles. Já o segundo faz diferença entre a periculosidade dos internos, demonstrando preocupação em conviver com aqueles que considera perigosos. Evidência-se, desse modo, desconhecimento frente os transtornos mentais e preconceitos em relação a seus semelhantes.

Observa-se que, ao longo da descrição dos resultados, retomou-se as categorias de análise de forma a embasar as argumentações, o que permitiu visualizar a situação de retorno do portador de sofrimento psíquico ao convívio social e suas dificuldades para, de fato, reintegrar-se socialmente. Esta será melhor elucidada nas considerações finais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolver do trabalho possibilitou configurar a ocasião de desospitalização e o processo de reintegração social dos portadores de transtorno mental do Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Santa Catarina. É importante lembrar que a generalização será feita em relação aos cinco internos entrevistados e não em relação ao universo institucional.

Conforme as questões norteadoras estabelecidas no início do trabalho, que seriam:

1) Quais as dificuldades encontradas pelos internos do HCTP ao retornarem ao convívio social 2) O que propicia seu retorno ao HCTP em tão pouco tempo e 3) A realidade vivenciada pelo interno do HCTP é a mesma de outros portadores de transtorno mental institucionalizados; constatou-se que, de fato, a reintegração não ocorre, não há integração nos mecanismos de troca, próprios da dinâmica social, mas sim uma aproximação ao convívio social.

A característica principal se faz presente na categoria trabalho, determinante primeira, do poder de inserção social e econômica dos homens na sociedade de acumulação de capital. Ao não conseguirem se inserir no mercado de trabalho, os portadores de transtorno mental ficam à margem da sociedade e, portanto, não conseguem firmarem-se enquanto partícipes desta. Ainda que inseridos, na maioria das vezes, em serviços não valorizados, sentem igualmente o sentimento de exclusão.

Em decorrência são excluídos de outros níveis sociais e constroem maneiras próprias para o enfrentamento de tal situação. A percepção como população estigmatizada, não é clara para este segmento, apesar de em suas falas aparecerem, de forma desconexa, expressões que indiquem esta condição.

A relação com os familiares apresenta-se paradoxal. Por um lado os membros têm preocupação e despendem cuidados na busca da recuperação do *doente mental*. Por outro lado o medo, o preconceito e o desconhecimento em relação ao transtorno mental causam aflição. Em situações de conflito recorrem à hospitalização forçada como recurso para tratamento do *doente* e como alívio de sua rotina e desengargo quanto aos cuidados com o mesmo.

Notou-se que tanto para as famílias como para a comunidade onde estão inseridos, os portadores de sofrimento psíquico, não raras vezes, são os provedores econômicos e/ou usados como mão-de-obra gratuita para as atividades de interesse dos mesmos, seja em decorrência de sua ingenuidade, seja pela concepção dos demais de que por não estarem inseridos no mecanismo de produção devem submeter-se a outros serviços. O doente mental é utilizado, então, como financiador de drogas e festas e como “bode-expiatório” dos acontecimentos locais. É também persuadido a tomar como responsabilidade o cuidado de outros membros familiares que se encontram em situação de vulnerabilidade, retirando do restante dos membros esta obrigação (caso de Paulo).

A presença de álcool e outras drogas é uma constante no cotidiano do portador de sofrimento psíquico. A porta de entrada se dá através dos companheiros com o qual se relacionam, sendo a rotina destes uma espiral/um círculo vicioso, dificultando seu estado de equilíbrio.

A uso de droga acompanhado do desconhecimento e da negação da *doença mental* por parte dos entrevistados, faz com que estes abandonem o tratamento ambulatorial, agravando ainda mais seu estado psíquico. É relevante ressaltar que os mesmos conhecem os efeitos de uso associado da medicação com substâncias psicoativas e reconhecem que muitos dos seus atos são em decorrência do seu uso. Na fala de todos os entrevistados destaca-se a própria atribuição de “nervosos” indicando que, ainda que não reconheçam a

doença mental, sabem que encontram algumas dificuldades nos relacionamentos interpessoais em virtude desta característica que atribuem a si mesmos.

Dois entrevistados demonstraram preconceito em relação aos seus semelhantes, fazendo diferenciação quanto ao grau de periculosidade. Este aparece como um mediador de caráter, o que demonstra mais uma vez negação e desconhecimento frente ao transtorno mental.

A religiosidade aparece como a solução para o abandono dos vícios e também de mudança de comportamento no momento de sua desospitalização. No entanto, observa-se que isto ocorre muito mais por pressão familiar e social do que por vontade própria. É por onde passa a questão moral intrínseca dos aparelhos de repressão e dos mecanismos de controle social.

A condição econômica precária e os poucos espaços de lazer oferecidos para esta população fazem dos locais públicos e bares suas principais opções, restringindo o acesso a oportunidades de lazer culturais e mais individualizados.

O relacionamento heterossexual é vivenciado sem muito envolvimento e crítica, sendo seu objetivo maior dar vazão aos seus impulsos sexuais. Desse modo, fica clara a promiscuidade sexual em detrimento do estabelecimento de vínculo emocional mais profundo com suas parceiras. A dificuldade em estabelecer vínculos relaciona-se também a própria *doença mental*.

Os entrevistados demonstraram descrédito quanto ao tratamento hospitalar e à psiquiatria, atribuindo que as internações não foram válidas e reclamando da autoridade médica. Relatam que a medicação receitada é ineficiente. Estas falas aparecem em forma de protesto pela dedicação dispensado a eles, muito mais que pela eficiência real do tratamento. Em particular sobre o HCTP, consideram-no a pior das instituições

psiquiátricas por qual passaram, demonstrando desejo em cumprir sua sentença em cadeias comuns. Atribuem a elas mais autonomia e controle sobre o tempo da condenação.

Constatou-se que a realidade dos internos do HCTP diferencia-se dos demais internos em outros estabelecimentos psiquiátricos, devido o seu caráter penal e por estar ligado diretamente à área da justiça. A infração trás consigo o estigma de “louco e bandido” e conseqüentemente o medo social do convívio com personagens com os quais não sabem lidar. Por isso, criam-se espaços como os manicômios que refletem o modelo asilar e reforçam a exclusão social.

Mesmo com as limitações próprias decorrentes do transtorno mental, os entrevistados demonstraram clareza quanto à situação que se encontram: reféns da psiquiatria e sujeitos a uma internação perpétua. Por outro lado têm consciência que devem arcar com as responsabilidades por atos que romperam com as normas sociais impostas, mas o desejam em condições de cidadãos autônomos e condutores de seu próprio destino.

A partir do que foi exposto verificou-se que mesmo estando diante de uma mudança de paradigma, ainda restam muitos preconceitos e desrespeitos à singularidade humana. É necessário o desenvolvimento de iniciativas cotidianas nas áreas sociais, culturais e maiores investimentos na elaboração de políticas públicas para que haja uma mudança coletiva na relação com o portador de transtorno mental.

As reinternações freqüentes são reflexo de uma sociedade excludente que não está preparada para receber em seu seio o diferente, especialmente o diferente por ser considerado improdutivo e, portanto, sobrando.

Ao ouvir o portador de transtorno mental tem-se clareza de sua capacidade em criar mecanismos para enfrentar situações adversas, contudo nem sempre consegue, com esforços individuais, libertar-se das condições e contextos sociais em que está inserido. O

caminho para a mudança é o desenvolvimento de espaços de inclusão onde o *doente mental* possa exercer sua autonomia possível e seja aceito em sua particularidade.

Este trabalho, portanto, teve a intenção de contribuir para o meio acadêmico e profissional, no sentido de conhecer profundamente o que pensa, o que vive e o que enfrenta o *doente mental*, de forma a contribuir para que se construam, coletivamente, formas de inserção social para esta população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6023: informação e documentação: referências: elaboração. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 14724: informação e documentação: trabalhos acadêmicos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 6027: informação e documentação: sumário: apresentação. Rio de Janeiro, 2003.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS E TÉCNICAS. NBR 10520: informação e documentação: citações em documentos: apresentação. Rio de Janeiro, 2002.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

AMARANTE, P.; TORRE, E. G. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1, p. 73-85, jan/jun. 2001.

BANDEIRA, M.; IRENO, E. M. Reinserção Social de psicóticos: avaliação global do grau de assertividade, em situações de fazer e receber crítica. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 15, n. 13, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>. Acesso em: 13 ago. 2003.

BEAKLINI, M. ESCOREL, S. Proteção Social na Reestruturação da Assistência em Saúde Mental: “Há um cais de porto para quem precisa chegar...” . **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.26, n. 60, p.103-117, jan/abr. 2002.

BIRMAN, T.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (Org.). **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BLANCO; GLUSBERG; HALAC; LENTINI; RAINIS. **Cinco enfoques sobre el habitat humano.** Buenos Aires: Espacio, 1979.

BRANDALISE, F. **O trabalho e reabilitação psicossocial:** um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional. Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina)

BRASIL. Código Penal. 14ª ed. São Paulo: Saraiva, 1999.

_____. Presidência da República. **Lei nº 10.216**, de 06 de abril de 2001. Brasília, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. **Portaria nº 224**, de 29 de janeiro de 1992. Brasília, 1992.

CARVALHO, J.; RIBEIRO, N.; COSTA, N.; BANDEIRA, M.; PEREIRA, T. O exame criminológico: notas para sua construção. In.: CFESS (Org.). **O estudo social em Perícias, Laudos e Pareceres técnicos:** contribuição ao debate no Judiciário, Penitenciário e na Previdência Social. São Paulo: Cortez, 2003.

COHEN, C. Medida de Segurança. In.: COHEN, C.; FERRAZ, F.; SEGRE, M. (Org.). **Saúde Mental, crime e justiça.** São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996.

DELGADO, P. G. G. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil (com apêndice sobre a questão dos cronificados) In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (org.) **Cidadania e Loucura:** políticas de saúde mental no Brasil. 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

DICIONÁRIO AURÉLIO DE LINGUA PORTUGUESA. 11ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.

DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1986.

FREITAS, F. P. Subsídio para mudanças do modelo de assistência psiquiátrica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n.1, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.com.br>>. Acesso em: 13 ago. 2003.

FONSECA, C. Pais e filhos na família popular. In.: D'INCAO, M. A. **Amor e Família no Brasil.** São Paulo: Contexto, 1989.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir:** nascimento das prisões. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 1995.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GONÇALVES, D. C. **Modelo para compreensão de sustentabilidade no cotidiano do viver “com”**: a qualidade de vida. Florianópolis, 2000. (Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina).

GONÇALVES, S.; LOVISI, G. Avaliação das limitações no comportamento social em pacientes psiquiátricos de longa permanência. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 105-113, jan/jun. 2001.

GRANDE ENCICLOPÉDIA DELTA LARUSSE. Rio de Janeiro: Delta S. A., 1974.

GUEIROS, D. A. Família e Proteção Social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.71, p. 102-120, 2002.

HOSPITAL DE CUSTÓDIA E TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO. Plano de Trabalho da Equipe Técnica. Florianópolis, 1998.

JÚNIOR, O. G. Hospital Psiquiátrico: (re) afirmação da exclusão. **Psicologia & Sociedade**, Bauru, jan/jun. 2002.

KINOSHITA, R. T. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

LOYELLO, W. **Para uma psiquiatria da libertação**. Rio de Janeiro: Achimé, 1983.

MARCA, L. A. **Política de Saúde Mental** –um estudo de caso no Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico de Florianópolis, SC. Florianópolis, 2003. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da UFSC).

MELO, E. P. **Estratégias para a assistência de enfermagem em saúde mental aos depressivos e álcoolistas em uma unidade básica de saúde**. Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina).

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 18ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MIOTO, R. C. T. Família e Serviço Social: contribuições para o debate. In.: **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n [...], 19[...].

NASCIMETNO, D. M. **Um estudo sobre o significado atribuído ao trabalho por detentos do Presídeo Masculino de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 2000. (Dissertação apresentada ao Curso de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina)

ORTIZ, R. **Mundialização e Cultura**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1994.

PAULILO, M. A. S. **Risco do HIV/AIDS**: representações sociais entre soropositivos e doentes. São Paulo, 1998. (Tese apresentada ao Departamento de serviço Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo).

PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

PERES, M. A. **A estratégia da periculosidade: psiquiatria e justiça penal em um hospital de custódia e tratamento**. Bahia: UFBA, 1997. (Dissertação apresentada ao Programa de pós-graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia).

RICHARSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSA, L. C. S. Os saberes construídos sobre a família na área da saúde mental. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n.71. p. 138-161, 2002.

_____. As condições da família brasileira de baixa renda no provimento de cuidados com o portador de transtorno mental. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social**: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2000.

SARACENO, B. Reabilitação Psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2001.

SERRANO, A. I. **Onze estações e um devoto de São Jorge**: discursos psicológicos num serviço de saúde mental. Florianópolis, 1998. (Dissertação apresentada ao Departamento de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina).

SILVA, A. J. **Lei de Execução Penal**. Florianópolis: Obra jurídica, 2001.

SILVA, A. L. **O Projeto Copiadora do CAPS: do trabalho de reproduzir coisas à produção da vida.** São Paulo, 1997. (Dissertação apresentada ao Curso de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo).

SILVA, E. S. Saúde mental e trabalho. In: TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

TAVARES, J. R. **Hospital de Custódia e Tratamento Psiquiátrico.** Florianópolis, 2002. (Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação de Administração da UDESC).

TEIXEIRA, M. **Hospício e Poder.** Brasília: Centro Gráfico Senado Federal, 1993.

TUNDIS, S. A., COSTA, N. R. (Org.) **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** 2ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1990.

VASCONCELOS, E. M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade.** São Paulo: Cortez, 2000.